BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXX — 1904

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR

1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL SEGOND

Secrétaire général

ET

MM. TUFFIER ET DELORME

Secrétaires annuels



TOME XXX — 1904

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1904



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. MONOD, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

ALPH. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

MICHON, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

GUERSANT (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

DANYAU, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. HUGUIER, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PH. RIGAUD, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

NÉLATON, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DENONVILLIERS, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

MAISONNEUVE, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CULLERIER, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

MARJOLIN (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

ART. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

ART. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires ; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement ;

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines ; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société ;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour ; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10 ; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire ; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle ; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

Art. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

Art. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

Art. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

Art. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

Art. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

Art. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières

Art. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

Art. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

Art. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

Art. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

Art. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

Art. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

Art. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

Art. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

Art. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

Art. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Seances annuelles.

Art. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1904

Président	MM. PEYROT.
Vice-Président	SCHWARTZ.
Secrétaire général	PAUL SEGOND.
Secrétaires annuels	TUFFIER et DELORME.
Trésorier	WALTHER.
Archiviste	A. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM. Anger (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .	Berger, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .	Chauvel, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .	Cruveilhier, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.	Delens, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .	Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .	Guéniot, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.	Guyon (Félix), titulaire de.	1863
3 mars 1886. . .	L. Labbé, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .	Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .	Lucas-Championnière.	1875
17 février 1892 . .	Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .	Monod, titulaire de	1880
9 juillet 1879. . .	Paulet, titulaire de	1868
13 mars 1895. . .	Perier, titulaire de	1875
7 février 1900 . .	Pozzi (S.), titulaire de.	1881
19 février 1902 . .	Reclus (Paul), titulaire de.	1883
26 février 1901 . .	Richelot, titulaire de.	1882
27 octobre 1886. .	Marc Sée, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.	Terrier, titulaire de.	1874
12 novembre 1890.	Tillaux, titulaire de.	1866

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . .	MM.	ALBARRAN.
12 juin 1890. . . .		BAZY.
20 décembre 1899.		BEURNIER.
18 décembre 1895.		BROCA (Aug.).
21 juin 1898 . . .		DELBET.
9 mars 1892. . .		DELORME.
9 mai 1900 . . .		DEMOULIN.
22 avril 1903 . . .		FAURE.
26 avril 1891 . . .		FÉLIZET.
16 février 1898. .		GUINARD.
10 mars 1897. . .		HARTMANN.
10 juin 1896 . . .		HENNEQUIN.
12 décembre 1888.		JALAGUIER.
30 décembre 1885.		KIRMISSON.
21 mai 1901 . . .		LEGUEU.
22 juillet 1896. . .		LEJARS.
2 décembre 1903.		LYOT.
10 mai 1893. . . .		MICHAUX.
29 juillet 1887. . .		NÉLATON.
9 juin 1886 . . .		PEYROT.
14 décembre 1892.		PICQUÉ.
27 mars 1895. . .		POIRIER.
10 mai 1887 . . .		QUÉNU.
16 juin 1897 . . .		POTHERAT.
15 février 1899 . .		ROCHARD.
4 janvier 1888. .		REYNIER (P.).
18 juillet 1894. . .		RICARD.
11 juillet 1888. . .		ROUTIER.
1er décembre 1886.		SCHWARTZ.
7 mai 1902 . . .		SEBILEAU.
9 février 1887 . .		PAUL SEGOND.
22 juin 1892. . . .		TUFFIER.
22 avril 1896 . . .		WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Auffret, marine.
Baizeau, armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux
Barette, à Caen.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquehaye, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Brousse, armée.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Buffet, à Elbeuf.
Cahier, armée.
Carlier, à Lille.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Charvat, armée.
Chavannas, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Chavasse, armée.
Chevassu, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, armée.
Chupin, armée.
Claudot, armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Cottin, professeur à l'École de médecine de Dijon.
Couteaud, médecin de la marine.
Dardignac, armée.
Dauvé, armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.

MM. Delagenière, au Mans.
Delagenière (Paul), professeur à l'École de médecine de Tours.
Delanglade, professeur à l'École de Médecine de Marseille, chirurgien des Hôpitaux.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Girard, marine, à Bordeaux.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Guillet, professeur à l'École de Caen.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Jude), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Imbert, agrégé à la Faculté de Montpellier.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffite.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.

MM. Martin (A.), professeur à l'École de médecine de Rouen.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin principal de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nimier, armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauchet, à Amiens.
Pauzat, armée.
Peugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, armée.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, armée.
Silbert, à Aix.
Tachard, armée.
Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier.
Témoin, à Bourges.
Toubert, armée.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

2 février 1898. . MM. ANNANDALE, Édimbourg.
11 août 1875 . . . BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888. . BRYANT (Th.), Londres.
11 janvier 1893. . CHEEVER, Boston.
29 janvier 1902. . CZERNY, Heidelberg.
17 janvier 1900. . ESMARCH, Kiel.
4 janvier 1888. . HOLMES (Th.), Londres.
2 février 1898. . JULLIARD, Genève.
16 janvier 1901. . KEEN, Philadelphie.
janvier 1880. . LISTER, Londres.
10 janvier 1877. . LONGMORE, Netley-Southampton.
16 janvier 1901. . MAC BURNEY, New-York.
17 janvier 1900. . MAC EWEN, Glascow.
20 janvier 1886. . REVERDIN (Jacques), Genève.
27 janvier 1904. . REVERDIN (Auguste), Genève.
13 janvier 1892. . ROSSANDER (C.), Stockholm.
21 janvier 1885. . SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
13 janvier 1892. . SLAWIANSKI (K. de), Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. . THOMPSON, Londres.
20 janvier 1886. . TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

22 janvier 1896. . MM. Bayer, Prague.
7 janvier 1903. . Berg, Stockholm.
3 janvier 1892. . Bloch (O.), Copenhague.
2 février 1898 . . Bobroff, Moscou.
17 septembre 1851. Borelli, Turin.
16 janvier 1901. . Bradford, Baltimore.
2 février 1898 . . Bruns, Tübingen.
29 janvier 1902. . Bull (William G.), New-York.
4 janvier 1888. . Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889. . Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. . Demosthen (A.), Bucharest.
27 janvier 1904. . Djemil-Pacha, Constantinople.
16 janvier 1895. . Durante (Fr.), Rome.
29 janvier 1902. . Von Eiselsberg, Vienne.
9 janvier 1879. . Galli, Lucques.
13 janvier 1864. . Gherini, Milan.
2 février 1898 . . Girard, Berne.
9 janvier 1879. . Gritti, Milan.
3 janvier 1865. . Gurlt (E.). Berlin.
7 janvier 1903. . Heresco, Bucharest.
16 janvier 1895. . Horsley, Londres.
2 janvier 1865. . Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862. Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891. . Jamieson (Alex.), Shanghaï.
17 janvier 1900. . Jonesco, Bucharest.
27 janvier 1904. . Kallionztis, Athènes.
29 janvier 1902. . Kelly (Howard A.), Baltimore.
13 janvier 1892. . Kocher, Berne.
13 janvier 1892. . Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891. . Kummer, Genève.
20 janvier 1897. . Lardy, Constantinople.
7 janvier 1903. . Lennander, Upsal.

2 février 1898 . . MM. Levchine, Russie.
16 janvier 1884. . Lucas (Clément), Londres.
11 janvier 1893. . Martin (Édouard), Genève
17 janvier 1900. . Matlakowsky, Varsovie.
17 janvier 1900. . Mayo-Robson, Leeds.
22 janvier 1896. . Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891. . De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. . Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. . Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. . Novaro, Bologne.
8 janvier 1868. . Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. . Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. . Plum, Copenhague.
22 janvier 1896. . Ratimoff, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859. . . Ried, Iéna.
21 janvier 1891. . Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. . Rose (Edm.), Berlin.
25 janvier 1890. . Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. . Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. . Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862. Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. . Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893. . Saxtorph, Copenhague.
27 janvier 1904. . Senn, Chicago.
20 mars 1867. . . Simon (John), Londres.
16 janvier 1901. . Sneguireff, Moscou.
16 janvier 1895. . Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. . Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. . Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885. . Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862. Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862. Testa, Naples.
20 janvier 1886. . Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. . Thornton, Londres.
11 janvier 1893. . Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. . Wier, New-York.
13 janvier 1892. . Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. Maurice Perrin.
1875. MM. Le Fort.
1876. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.
1900. Richelot.
1901. Paul Reclus.
1902. G. Bouilly.
1903. Kirmisson.
1904. Peyrot.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Dubrueil (de Montpellier), donateur d'une somme de 15.000 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — Baron Larrey, — Ch. Nélaton, — Le Dentu, — Delens, — Lucien Hahn, — Ch. Périer, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de chirurgie spéciales. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives provinciales de chirurgie. — Archives de stomatologie. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bulletin médical. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Le Caducée. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — France médicale. — Gazette des hôpitaux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Revue française de médecine et de chirurgie. — Tribune médicale.

Province. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Bulletin des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais. — Compte rendu annuel et procès verbaux des séances de la Société de médecine de Nancy. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Marseille médical. — Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est.

Étranger. — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — British medical Journal (Londres). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore). — Bulletin médical de Québec. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Bucarest. — Gazeta medica de Costa-Rica. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal and Proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Medico-Chirurgical Transactions (Londres). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revista de medicina y cirurgia (Barcelone). — Revue médicale de la Suisse romande. — Transactions of the American orthopedic associations (Philadelphie). — Transactions of the american otological society (New Befdord). — Transactions of the americansurgical association (Philadelphie). — Transactions of the pathological society of London. — Upsala läkareförenings Förhandlingar.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 6 JANVIER 1904

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Duprez (de Genève), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger.

3°. — Une lettre de M. Bazy qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Périer fait don à la bibliothèque de la Société des treize volumes de la *Chirurgie*, de Pitha et Billroth (*Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*).

M. le Président remercie M. Périer au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Demoulin. — Un mot, à propos de la présentation que j'ai faite, dans notre dernière séance, d'un malade atteint de luxation en dehors des cunéiformes sur le scaphoïde et du cuboïde sur la grande apophyse du calcanéum.

— J'ai dit que je n'avais pas rencontré dans la littérature médicale de cas analogue au mien. C'est bien la vérité. Mais je dois signaler qu'on trouve dans les Bulletins de la Société de Chirurgie de 1897 (1), un mémoire, de mon maître M. Quénu, contenant une observation qui se rapproche beaucoup de la mienne. Il y avait luxation en dehors des cunéiformes sur le scaphoïde, et en même temps, une subluxation de l'astragale sur le calcanéum, subluxation reconnue au cours d'une intervention chirurgicale qui, d'ailleurs donna un bon résultat.

Communication.

Obstruction intestinale par invagination. — Laparotomie. — Développement de la partie invaginée. — Guérison,

par le Dr H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand),
membre correspondant de la Société (2).

Le 6 novembre 1903, j'étais appelé à voir en consultation, avec mes deux confrères les Drs Fournial et Léoty de Clermont-Ferrand, un homme atteint de phénomènes aigus du côté de l'abdomen; les symptômes observés antérieurement avaient été notés avec soin par le médecin traitant, M. le Dr Fournial, qui a bien voulu sur ma demande rédiger la première partie de cette observation qui lui est entièrement personnelle.

Laurent P..., trente-neuf ans, architecte père de quatre enfants, en bonne santé, a toujours été bien portant. Malgré un séjour de six ans au Brésil, dans une région salubre, il est vrai, il n'a jamais été atteint de paludisme. On ne lui trouve aucune trace de syphilis, et il nie tout antécédent de cette nature. Très actif, et obligé par la nature même de ses affaires à des déplacements fréquents, il a volontiers recours à la bicyclette, et dans une de ses

(1) Luxation incomplète sous-scaphoïdienne en dedans, p. 356.
(2) Travail lu par le secrétaire général.

courses, il a fait en 1899 une chute sur l'abdomen, qui n'a du reste pas eu de suites.

Comme antécédents héréditaires, P... a encore sa mère actuellement âgée de quatre-vingt-trois ans ; son père est mort à soixante-sept ans, succombant aux suites d'une affection cardiaque. Dernier né de cinq enfants, il a vu successivement disparaître ses trois sœurs : l'aînée est morte d'un kyste de l'ovaire dégénéré, les deux autres de fièvre puerpérale. Son frère aîné est fort bien portant.

Depuis le mois de juillet dernier M. P... avait quotidiennement des coliques dont le lieu d'élection était la région ombilicale et qui s'accompagnaient tantôt d'une constipation opiniâtre, tantôt de diarrhée; il avait alors facilement cinq ou six selles glaireuses et sanguinolentes dans les vingt-quatre heures. L'appétit avait disparu; avec lui les forces et l'ardeur au travail avaient diminué, malgré cela, M. P... continuait à vaquer tant bien que mal à ses occupations.

Le 21 octobre, pendant une période d'accalmie, il vient me voir dans mon cabinet. Je constate en examinant l'abdomen, une dilatation très marquée de l'estomac, un foie normal, un ventre parfaitement souple et nullement douloureux. Pensant qu'il s'agissait de troubles d'entéro-colite, je prescris un traitement et un régime appropriés. Le soir même le malade est repris de coliques violentes qui durent pendant toute la nuit. Je le trouve le lendemain très souffrant, couché « en chien de fusil » sur le côté droit, et je constate à la palpation, dans la fosse iliaque droite, une masse très nette de la grosseur d'une mandarine, non douloureuse à la pression et sonore à la percussion. Elle siège exactement dans la région cœcale. Partout ailleurs le ventre est souple et ne se défend pas; le point de Mac-Burney n'existe pas, les douleurs se produisent au moment des coliques seulement, et leur siège est toujours à l'ombilic.

Température 38°8. Pouls 120. Pas de vomissements ni de selles, quelques gaz par l'anus. Diète, opium; toutes les heures cataplasmes. Le 23, l'état du malade s'est très sensiblement amélioré, les douleurs sont beaucoup moins vives et la masse constatée la veille a totalement disparu; on ne retrouve aucune trace de ce boudin empâté qui existait précédemment, bien que les parois abdominales se laissent facilement déprimer. Le 24, vomissements glaireux; retour offensif de douleurs très vives, toujours sous forme de coliques, mais apparaissant par crises beaucoup plus intenses et beaucoup plus rapprochées; réapparition dans la fosse iliaque droite d'une nouvelle masse, de forme allongée cette fois, située au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque

antéro-supérieure, et dont le volume paraît sensiblement égal à celui de la tumeur constatée antérieurement. Température 39 degrés. Pouls 120. Diagnostic : Obstruction intestinale par bride ou adhérences (arrière-pensée au sujet de la chute de bicyclette antérieure); glace, calomel 40 centigrammes, associé à 15 centigrammes d'opium à prendre par doses fractionnées. Nous voyons le malade le soir avec M. le Dr Léoty ; nous décidons de provoquer si possible une évacuation, et dans ce but prescrivons, malgré l'effet du calomel, une bouteille d'eau de Rubinat, qui sera absorbée le lendemain matin de bonne heure. Dans la nuit, sous l'influence du calomel, deux selles se produisent. Le lendemain 25, dans la journée, après l'absorption de l'eau de Rubinat surviennent des évacuations très abondantes, très odorantes ; la tumeur disparaît à nouveau complètement, chute complète de la température.

De ce jour 25 octobre jusqu'au 4 novembre, M. P... retrouve son appétit et sa gaieté, il peut se lever pendant plusieurs heures chaque jour ; il se plaint encore de quelques coliques espacées et légères, mais ses fonctions se font régulièrement et le sommeil est bon. Nous le considérions comme hors d'affaire, lorsque le 5 novembre, au matin, se produit un nouvel orage encore plus inquiétant, vu l'apparition de phénomènes généraux qui n'avaient pas existé antérieurement : coliques extrêmement intenses, tuméfaction dans la région iléo-cœcale et formation d'une masse du volume d'une orange, ballonnement du ventre, vomissements, hoquets, absence de selles et de gaz par l'anus ; à la percussion, son tympanique et hydroaérique ; facies péritonéal, pouls mauvais, hypothermie. Le 6 novembre à six heures du soir, nous nous réunissons en consultation avec nos confrères MM. les Drs Loty et Bousquet(1). Le malade est affaibli et éprouve de vives souffrances, plusieurs piqûres de morphine ont eu de la peine à calmer un peu ses douleurs. Le ventre est peu ballonné, assez souple, il se laisse palper facilement. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse volumineuse analogue à la première partie du côlon, pleine de matières ; *elle en a la direction*. Cette masse a une mobilité relative, elle fuit sous le doigt, et en la suivant on arrive dans la région de l'appendice qui est absolument indolore. A la discussion qui suit, mes confrères me racontent ce qu'ils ont observé ; ils inclinent en faveur d'une intervention, pensant à une obstruction par bride ou par adhérence. Étant donnés les phénomènes ci-dessus relatés, dont la succession milite certainement en faveur d'une obstruction, mais non d'une obstruction aiguë

(1) Le restant de l'observation a été rédigé par le Dr Bousquet.

comme la produisent les brides ou les adhérences, je demande à attendre, ne sachant trop à quel diagnostic me rallier. Séance tenante, nous pratiquons un nouvel examen du malade, nous retrouvons la masse signalée plus haut ; mais cette tumeur qui il y a quelques minutes était absolument parallèle à la direction du colon ascendant et semblait faire corps avec lui, est maintenant absolument horizontale et par conséquent perpendiculaire à sa direction primitive. Toute intervention est différée, vu la divergence d'opinion dans l'interprétation des phénomènes observés, et nous nous bornons à prescrire une dose de calomel.

Le lendemain matin, 7 novembre, on vient me prier de me rendre de nouveau auprès du malade avec les deux confrères traitants. Depuis le milieu de la nuit, la scène a changé, le malade est fort abattu, ses traits sont altérés. Les ailes du nez pincées, c'est le facies péritonéal complet. Depuis le matin il a rendu une cuvette d'un liquide noirâtre dans lequel on voit surnager des gouttelettes d'huile ; or quatre jours auparavant, M. P... avait pris une dose d'huile de ricin. Il n'y a plus d'hésitation possible l'opinion de mes confrères est bien la vraie : nous sommes en présence d'une obstruction. De quelle nature est l'obstacle? Comme nous l'avons exposé plus haut, il me semble qu'une bride ou des adhérences auraient occasionné des accidents beaucoup plus aigus ; et comme il y a un an environ, j'ai opéré une des sœurs du patient d'un néoplasme des ovaires, je me rallie à l'hypothèse d'une obstruction par néoplasme. A moins, fais-je observer, que nous ne soyons en présence de cette rareté pathologique que l'on appelle l'invagination. Néanmoins, comme nous sommes tous d'avis qu'une intervention ou tout au moins une laparotomie exploratrice est indispensable, le patient est transporté à notre maison d'opération à Royat.

A trois heures de l'après-midi, assisté de notre confrère M. le Dr Fournial et en présence de M. le Dr Léoty, nous procédons à l'opération. M. P... étant endormi, avant de faire la toilette de la région opératoire, nous palpons à nouveau l'abdomen, et nous sentons dans la fosse iliaque droite une masse mobile qui paraît avoir la consistance d'un gros ganglion.

Opération. — L'abdomen est incisé sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, sur une étendue de 0,08 centimètres environ. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un peu d'ascite, nous plongeons la main dans le flanc droit et sentons un boudin analogue au gros intestin rempli de matières fécales. Les parois étant écartées, nous reconnaissons tout d'abord le côlon ascendant absolument vide et flasque ; nous le suivons et arrivons jusqu'au cœcum, l'appendice est parfaitement sain. En dedans du cœcum,

perpendiculairement à la direction du côlon, nous voyons la masse que nous avons sentie ; elle nous paraît formée par l'intestin grêle et ressemble absolument à une *andouillette* de 0,08 à 0,10 centimètres environ. La masse est extraite de l'abdomen et étalée sur des compresses ; nous pouvons alors l'examiner à loisir et ne tardons pas à reconnaître une invagination. Nous essayons de la développer avec beaucoup de précautions : tout d'un coup, l'intestin obéit à nos tractions et se déroule, nous retirons ainsi du cylindre inférieur une portion de plus de 0,25 centimètres de longueur. Nous trouvons alors un deuxième cylindre invaginé dans la partie qui a été déjà extraite du cylindre invaginant et lorsque nous avons déroulé ce dernier qui a 5 ou 6 centimètres d'étendue. Seulement la dernière partie qui sort est constituée par un diverticule de l'intestin grêle qui fait sur le bord opposé au mésentère une saillie qui certainement pourrait recevoir la première phalange du pouce. C'est le diverticule de Meckel, très développé sur notre malade. Ce diverticule est coiffé à sa partie supérieure par une masse graisseuse du volume d'un œuf de pigeon qui lui adhère solidement ; en essayant de la décortiquer, nous ouvrons le diverticule partant de l'intestin, une pince à estomac ferme le canal intestinal. Nous reséquons le diverticule et suturons par deux plans de suture, par dessus lesquels une suture à la Lembert accole la séreuse à elle-même. Nous examinous alors les parties qui ont été invaginées : elles sont saines, sauf en un point de la grandeur d'un pain à cacheter ordinaire, où les parois de l'intestin ont une teinte feuille morte ; nous plicaturons la paroi en ce point et enterrons la partie suspecte.

L'abdomen est refermé par trois plans de suture. Diète lactée et opium durant les premiers jours, puis peu à peu alimentation légère et progressive. Aucune complication, notre opéré se lève le seizième jour ; et trois semaines après l'intervention, malgré la formation d'un tout petit abcès sous-cutané dans la cicatrice. M. P... rentre à son domicile. Depuis lors il a repris ses occupations et jouit d'une santé parfaite.

Comment s'est produit cette invagination ?

D'après ce que nous avons vu et raconté ci-dessus, peut-être consécutivement à la chute sur l'abdomen faite par M. P... ou sous toute autre influence qui nous échappe, il avait dû se produire une adhérence entre le diverticule de Meckel, et la paroi abdominale ou l'épiploon. Cette adhérence s'est déchirée un jour et les mouvements péristaltiques de l'intestin ont attiré à l'intérieur le diverticule, dont le sommet était coiffé et alourdi par le peleton adipeux que nous avons signalé. Ainsi a été amorcée 'invagination qui a ensuite évolué peu à peu.

Discussion.

Sur le traitement des fractures de cuisse.

M. Nélaton. — Lorsqu'au mois de juillet dernier M. Delbet nous présenta un malade guéri dans un appareil de marche d'une fracture du fémur à la partie moyenne, je considérai ce fait comme extrêmement intéressant; j'examinai le malade qui nous était amené et je constatai le bon résultat obtenu.

C'était là à coup sûr une chose extrêmement intéressante qui n'était pas d'usage courant : il restait à savoir si l'application de l'appareil de marche deviendrait le procédé de choix pour les fractures de la partie moyenne du fémur, sans grand déplacement et si les observations ultérieures confirmeraient les bonnes espérances que les premiers cas pouvaient faire concevoir.

Je n'aurais pas demandé la parole sur cette question, qui me paraît ne pouvoir être à l'heure actuelle traitée qu'observations en mains, si la discussion qui a suivi cette présentation ne me paraissait mettre en parallèle cette nouvelle thérapeutique avec l'extension continue pratiquée suivant les procédés de M. Hennequin.

Je pense en effet que ce parallèle n'a aucune raison d'être, et je ne crois pas du tout que M. Delbet ait voulu opposer le mode de traitement qu'il a employé avec succès, dans la fracture de la partie moyenne du fémur sans grand déplacement, à l'extension continue appliquée depuis plus de vingt-cinq ans par M. Hennequin, dans toutes les variétés de fractures du fémur.

Si je passe successivement en revue les diverses fractures du fémur ma conviction s'affirme dans ce sens.

En effet, M. Delbet, pour une fracture du col fémoral par exemple ne proposera certainement pas l'appareil de marche, dont l'application me paraîtrait bien difficilement réalisable.

Or, dans quelques cas bien déterminés, je n'hésite pas comme M. Hennequin, comme M. Quénu, etc., à l'appliquer, et j'en ai vu de bons effets.

Pour une fracture sous-trochantérienne, fracture pour laquelle l'appareil d'Hennequin a été particulièrement institué et qui sans cet appareil ne guérit guère sans un raccourcissement de 3 à 4 centimètres, je suis sûr aussi que M. Delbet ne conseillerait pas l'appareil de marche.

Je pense même que pour ces fractures obliques de la partie moyenne avec grand chevauchement chez des individus très mus-

clés, M. Delbet n'abandonnerait pas l'extension, qui demande quelquefois une douzaine de jours avant de corriger le déplacement.

Je suis sûr aussi que pour les sus-condyliennes, dont le fragment inférieur a une très grande tendance à basculer dans le creux poplité, M. Delbet n'a jamais pensé à l'appareil de marche ; car il faut une traction prolongée exercée sur la jambe fléchie pour obtenir la réduction du déplacement.

Somme toute, il ne me paraît pas que le traitement général des fractures du fémur ait à être modifié en quoi que ce soit. M. Delbet nous a montré un fait très intéressant : la possibilité d'une bonne guérison avec un appareil de marche d'une fracture du fémur à la partie moyenne sans grand déplacement.

Il faut voir si de nouveaux faits encourageront à poursuivre cette manière de faire ; mais je ne pense pas que l'extension soit en aucune façon remplacée comme traitement général des fractures du fémur, et je pense qu'il serait fort dangereux de laisser s'accréditer une opinion contraire.

M. Schwartz. — Je n'ai pas l'intention d'insister devant vous sur les avantages de l'appareil d'Hennequin dans le traitement des fractures du fémur.

Son éloge n'est plus à faire, et je ne puis que m'associer à ce qui a été dit ici par nos collègues MM. Berger, Michaux, Quénu, etc.

Ce n'est que très rarement et dans des cas spéciaux que nous avons observé un raccourcissement, qui jamais n'a dépassé 2 centimètres.

De plus, le grand mérite de cet appareil, c'est à mes yeux la conservation de l'intégrité de l'articulation du genou.

Je me range encore à leur côté pour ce qui est du traitement des fractures du col. Chez le vieillard, et à plus forte raison chez l'adulte l'appareil d'Hennequin, sans la gouttière constitue à mon avis le traitement le meilleur. Je viens de mesurer ce matin même le membre inférieur d'une femme de cinquante ans, atteinte de fracture extracapsulaire, et chez laquelle il y a à peine deux centimètres de raccourcissement avec une articulation de la hanche et du genou mobiles de telle sorte que cette femme circule facilement alors qu'il y a à peine deux mois qu'a eu lieu la fracture.

J'ai employé l'année dernière cet appareil chez une dame de soixante-dix-huit ans, dans un cas très difficile comme réduction et maintien, à cause de lésions provenant d'une ancienne fracture du fémur et de courbures anormales des os de la jambe ; la fracture du col a parfaitement guéri, et cette dame a pu marcher bien plus facilement qu'avant son accident.

Je crois, comme la plupart de mes collègues, que l'appareil

d'Hennequin bien appliqué constitue actuellement ce qu'il y a de mieux pour le traitement des fractures du fémur. Je n'ai qu'une faible expérience des appareils de marche, que je n'ai appliqués que cinq à six fois pour des fractures de jambe.

Je n'ai pas eu de résultats qui m'aient invité à continuer; toutefois je ne dis pas que, dans certains cas spéciaux, ils ne puissent rendre des services. A ce titre, je suis reconnaissant à notre collègue Delbet de sa communication très intéressante.

M. Hennequin. — Je remercie M. Routier de m'avoir remis en mémoire les deux malades qu'il m'a laissé soigner dans son service et auxquels il a fait allusion dans l'avant-dernière séance en prenant la parole sur les raideurs du genou consécutives au traitement des fractures du fémur. Le premier surtout m'est d'un prix inestimable pour l'argumentation de la thèse que je soutiens; il me permettra en même temps d'établir un parallèle entre les résultats obtenus dans le traitement de deux fractures du fémur sur le même sujet, et selon que les appareils, tous deux à traction, auront pris leur point d'appui sur la jambe fléchie ou sur plusieurs régions du membre inférieur en rectitude.

Je vais retracer à grands traits l'histoire du premier. — Un homme vigoureux, bien musclé, d'une quarantaine d'années, se fit, en Bretagne, une fracture simple de la cuisse gauche, un peu au-dessous de la partie moyenne. Traité par un appareil à traction, le membre en rectitude, il garda le lit pendant environ six mois, puis on lui permit de se lever, et peu de temps après de marcher avec des béquilles qu'il ne quitta plus. (Ces renseignements nous ont été donnés par le malade qui est fort peu intelligent.)

Trois ans après l'accident, il entra dans le service de M. Routier qui demanda mon avis sur ce qu'on pourrait tenter. L'examen révéla les faits suivants : membre en rectitude; légère courbure à convexité externe de la cuisse; conservation de tous les mouvements de la hanche, moins étendus au pied, ankylose du genou; 11 centimètres de raccourcissement (le plus étendu que j'aie encore constaté après une fracture du fémur) ; consolidation osseuse; (les fragments distants de plus de 2 centimètres étaient réunis, d'après la radiographie, par une jetée osseuse en forme de bouton de Murphy).

La meilleure conduite à tenir me paraissait être celle-ci : 1° rompre l'ankylose du genou si possible; sinon rester dans le *statu quo*; 2° tailler l'extrémité des fragments en bec de flûte avec l'ostéotome; 3° soumettre le membre à une extension continue intensive, la jambe fléchie.

M. Routier approuvant cette règle de conduite, le malade fut

anesthésié, l'ankylose rompue par moi, et, l'ostéotomie faite, mon appareil à extension appliqué séance tenante. La traction initiale de 4 kilogrammes fut portée progressivement à 10 kilogrammes, le patient la supportant très bien. Malheureusement, la plaie suppura pendant longtemps; la consolidation retardée ne permit de lever l'appareil que huit ou dix mois après l'opération. J'arrive au point capital : Aussitôt libéré et replacé dans le lit, le membre prit immédiatement et sans le moindre effort la position horizontale et son attitude normale. La jambe, qui après l'ankylose du genou avait été immobilisée en flexion à environ 50 degrés pendant tout tout ce temps, se mit instantanément en ligne droite avec la cuisse, sans douleur et sans craquement articulaire.

Est-ce là le fait d'un appareil qui favoriserait les raideurs et les ankyloses?

Il n'est pas douteux pour moi qu'une articulation aussi prédisposée se serait ankylosée de nouveau si elle n'avait été soumise à l'action effective d'une force capable de résister victorieusement à la puissance de rétraction des tissus fibreux extra et intra-articulaires. Et si je n'avais eu la conviction, depuis longtemps arrêtée chez moi, qu'une articulation soumise à une traction effective, c'est-à-dire supérieure aux résistances actives et passives, à une véritable extension, ne peut s'ankyloser, quelle que soit la durée du traitement, je n'aurais pas conseillé à M. Routier de faire la traction sur la jambe fléchie, car la soudure des surfaces articulaires dans cette position (le raccourcissement eût-il été complètement corrigé) aurait compromis à un tel point les fonctions du membre, que la marche n'aurait pu s'effectuer qu'avec un appareil orthopédique.

Ainsi, la jambe, après la rupture d'une ankylose qui l'avait maintenue pendant trois ans en extension, recouvra après dix mois d'immobilité en flexion à 50 degrés, la liberté entière de ses mouvements dans l'étendue de cet arc de cercle. La mensuration pratiquée un grand nombre de fois démontra que le raccourcissement, qui était de 11 centimètres, avait été réduit de 1 1/2 à 2 centimètres au plus (différence : 9 centimètres). Qu'il soit survenu de la raideur dans le genou, qu'il se soit ankylosé plus ou moins de temps après la levée de l'appareil, il n'y a rien là de bien extraordinaire; les faits de cette nature ne sont pas rares; mais quant à en rendre l'appareil responsable, c'est une tout autre question. Un appareil quelconque n'a d'action réelle sur un membre que pendant qu'il est resté appliqué; il ne saurait avoir d'effet rétrospectif. Et chose plus probante encore, c'est dans une position opposée à celle qu'elle avait dans l'appareil que la jambe s'est ankylosée.

Il n'est pas inutile de comparer les résultats obtenus sur le même individu, à trois ans de distance, dans le traitement de deux fractures, l'une simple, l'autre compliquée, du même levier osseux, par deux appareils à traction, dont l'un prend ses points d'appui sur plusieurs régions du membre en rectitude, et l'autre uniquement sur la jambe fléchie à 45 ou 50 degrés, transformée en levier du 1er genre.

Homme d'une quarantaine d'années.

Fracture simple du fémur (partie moyenne).	Fracture compliquée (même siège). Ostéotomie.
Tractions sur le membre en rectitude.	Tractions sur la jambe seule fléchie à 50 degrés.
Après six mois, ankylose du genou.	Après huit ou dix mois, rétablissement des mouvements du genou dans l'étendue de l'angle de flexion.
Raccourcissement, 11 centimètres.	Raccourcissement : de 1 1/2 à 2 centimètres.
Marche ne pouvant se faire qu'avec des béquilles.	Marche avec ou sans canne quelque temps après la consolidation.

Ce tableau n'a pas besoin de commentaires. Si M. Routier avait l'intention de prendre la parole sur les raideurs et les ankyloses du genou consécutives aux traitements des fractures de cuisse, il me semble que sa communication serait venue plus à propos après celle de M. Tillaux, qui nous a dit, qu'avec l'appareil à traction (le membre en rectitude), il n'avait pas de raideur articulaire; que le raccourcissement, lorsqu'il existait, ne dépassait pas 1 centimètre, 1 1/2 centimètre; que certains de ses malades marchaient trente ou trente-cinq jours après l'accident (sans aide et sans tuteur, je suppose).

Ce malade a été présenté à la Société de Chirurgie par M. Routier; par conséquent, il ne considérait pas, à ce moment, le résultat comme trop mauvais.

Deuxième malade. — L'historique de ce dernier ne nous retiendra pas longtemps. Il s'agit d'une fracture simple de la cuisse gauche, un peu en dessous de la partie moyenne, chez un homme d'une quarantaine d'années. Il y a, comme vous le voyez, une similitude entre les deux. Mais chez ce dernier le traumatisme qui avait brisé le fémur, ne s'était pas localisé à la cuisse, il avait également porté sur la cage thoracique; la respiration, très gênée, ne permettait au blessé que la position assise; la fièvre s'alluma, le thermomètre

se tînt pendant un mois environ, entre 38 et 39 degrés, l'appétit disparut, le sommeil était troublé, l'état général devint et resta précaire pendant deux mois environ. L'extension continue (la jambe en flexion) avait été installée peu de jours après l'entrée du blessé; la traction, fut portée graduellement à 5 kilogrammes. Cependant la consolidation ne se faisait pas, les fragments conservèrent la même mobilité. Enfin l'état général s'étant amélioré, la soudure s'ébaucha, marcha lentement, et lorsque je vis le malade pour la dernière fois, on n'obtenait plus de déplacement angulaire des fragments, mais encore une flexibilité nettement perceptible. Sur ces entrefaites le malade exigea son *exeat*; M. Routier, jugeant prudent de ne pas le laisser transporter sans maintenir son membre, lui fit appliquer un appareil purement contentif, le membre en rectitude. Rentré chez lui, il garda cet appareil encore pendant cinq ou six semaines, tout en restant couché. Quel était, à la levée de l'appareil, l'état du membre? Je l'ignore. Ce que je sais, c'est que cet homme est venu me voir il y a quatre mois. A ce moment la cuisse avait une conformation normale; le genou n'était pas empâté; la flexion de la jambe dépassait sans effort, l'angle droit; le raccourcissement était de 1/2 centimètre. A la palpation, on sentait sous le triceps une petite saillie de l'extrémité d'un des fragments. L'état général s'était considérablement amélioré.

Si, à la sortie de son malade, notre collègue put faire appliquer un appareil contentif, le membre en rectitude, c'est qu'il n'y avait à cette époque, ni raideur, ni ankylose du genou; et si la première existait à la levée de l'appareil contentif, resté en place pendant plus d'un mois, je n'en serais nullement surpris; mais alors ce n'est plus l'appareil à extension qui est le coupable.

Voilà les deux observations sur lesquelles se fonde M. Routier pour affirmer qu'il a vu des raideurs et des ankyloses du genou, après des applications de mon appareil faites par moi dans son service.

Quant au retard de la consolidation, je crois qu'il est suffisamment justifié : dans le premier cas, par la durée de la suppuration; dans le second, par l'état général resté précaire, pendant et après les complications thoraciques.

M. Labbé. — Je tiens à apporter ici le résultat de mon expérience sur cette question des fractures. Elle se résume dans l'adoption pleine et entière de l'appareil de M. Hennequin. J'ai vu les débuts de cet appareil; ce n'était alors qu'une ferraille mal assemblée, j'en ai suivi les perfectionnements successifs et patients qui en ont fait cet appareil dont nous nous servons. Je puis vous affirmer que depuis l'avènement de l'extension continue le pro-

nostic des fractures de cuisse a complètement changé; nous ne voyons plus ces énormes raccourcissements, ces crosses invraisemblables qui étaient si fréquentes autrefois et que nous voyons quelquefois maintenant remplacées par de l'allongement. Je considère donc l'appareil de M. Hennequin comme un progrès considérable.

M. Routier. — Ou je me suis mal expliqué dans ma dernière communication, ou M. Hennequin m'a mal compris.

J'ai dit que son appareil était celui que j'employais couramment, que c'est celui que je considère comme le meilleur; j'ai simplement ajouté qu'il n'était pas parfait et qu'avec cet appareil on n'était pas à l'abri de quelques accidents.

J'ai cité deux observations comme des cas exceptionnels, mais je n'accepte pas la manière de voir de M. Hennequin.

Le premier de mes malades n'avait pas été traité par extension en Bretagne, il n'avait pas été traité du tout, on l'avait mis au lit, peut-être avait-il eu un Scultet jusqu'au genou.

Quand il vint dans mon service six mois après, il avait un cal en Z, avec 11-13 centimètres de raccourcissement, mais il n'avait pas d'ankylose complète du genou, et je tiens la rupture des ankyloses sous le chloroforme pour une trop mauvaise et trop brutale opération pour l'avoir laissée faire; il restait quelques mouvements grâce auxquels on put appliquer l'extension en flexion. Il y a eu, malgré la suture des os et malgré l'appareil d'Hennequin, un chevauchement.

Si le malade marche aujourd'hui, il a eu un raccourcissement beaucoup moindre, mais le genou est ankylosé absolument en extension; il est, du reste, ravi de son état.

Quant au second, je l'ai cité pour dire qu'on n'est pas mis, par l'appareil de M. Hennequin, à l'abri du défaut de consolidation, et cela parce que, quel que soit l'appareil employé, on peut ne pas toujours consolider et nous ne savons pas pourquoi.

Il ne faudrait pas dire qu'il n'a pas consolidé parce qu'il avait eu une fracture de côtes; je ne le crois pas.

En un mot, j'ai voulu réagir contre les éloges de M. Berger que j'ai trouvé exagérés, qui donnaient envie d'avoir une fracture du fémur pour se la faire traiter par l'appareil d'Hennequin; j'aime mieux n'avoir pas de fracture.

M. Demoulin. — La discussion sur les appareils de marche appliqués au traitement des fractures de la cuisse, a un peu dévié me semble-t-il, et c'est surtout des résultats obtenus par les appareils du professeur Tillaux et de M. Hennequin que nous nous sommes occupés.

Tout le monde, ici, est d'accord, pour affirmer que le traitement des fractures du fémur, par l'extension continue, a réalisé un immense progrès sur les méthodes anciennes.

Pendant que j'avais l'honneur de remplir les fonctions de chef de clinique auprès du professeur Duplay, j'ai toujours appliqué l'appareil de Tillaux, c'est-à-dire, l'extension dans la rectitude du membre. Les résultats obtenus par cet appareil, dans les fractures du tiers moyen, ont toujours été satisfaisants, le raccourcissement n'a jamais dépassé 2 centimètres, et, si l'articulation du genou est restée un peu raide, pendant quinze jours ou trois semaines, elle n'en a pas moins, par la suite, repris l'amptitude de ses mouvements normaux.

Pendant sept ans, j'ai été attaché en qualité d'assistant officieux à notre très regretté Gérard-Marchant et j'ai pu voir dans son service, à Tenon d'abord, à Boucicaut ensuite, M. Hennequin appliquer son appareil, et juger ainsi des résultats excellents qu'il procure.

Il me paraît incontestable que l'appareil de M. Hennequin a des avantages considérables sur celui de M. Tillaux, en ce sens qu'il permet au malade de s'asseoir facilement dans son lit, et que le dispositif de la traction rend beaucoup plus facile dans les fractures du fémur, la correction de la rotation de la cuisse, en, dedans ou en dehors, selon les indications.

Pour les fractures de la partie moyenne de la cuisse, les résultats de l'application de l'appareil de M. Hennequin ont toujours été des plus satisfaisants; beaucoup de malades ont guéri avec un faible raccourcissement d'un centimètre à un centimètre et demi, quelques-uns sans la moindre diminution de longueur du membre inférieur. J'ai constaté à plusieurs reprises, un peu de gêne de la flexion de la jambe sur la cuisse, après la levée de l'appareil; elle a toujours disparu rapidement, sous l'influence des massages et des mouvement progressifs.

Mais, je veux dire ce que j'ai vu, à la suite de l'application de l'appareil de Hennequin, dans quelques cas de fracture des extrémités du fémur.

Dans les fractures du col, comme avec l'appareil de Tillaux, j'ai toujours vu les malades qui souffraient être rapidement soulagés, à la suite de la mise en œuvre de l'extension continue, qui en faisant disparaître la contracture réflexe des muscles voisins de la fracture, amenait, par cela même, la cessation des douleurs.

Nos collègues, Quénu, Bazy, Michaux, ont insisté sur les bons effets de l'extension continue, au point de vue de l'élément douloureux, dans les fractures intra-capsulaires.

Mais, M. Hennequin m'a montré aussi, l'efficacité de son appa-

reil dans les *fractures extra-capsulaires*. J'avoue que ce n'est pas sans un certain degré de scepticisme, que je le lui ai vu appliquer dans les cas où les signes cliniques permettaient d'établir le diagnostic de cette variété de fracture. J'objectais à notre collègue, que son appareil ne saurait rien faire contre la pénétration des fragments, qui est la règle pour Malgaigne. M. Hennequin me répondait que la pénétration des fragments, dans la fracture extra-capsulaire, n'était pas aussi fréquente que l'avait dit l'illustre chirurgien que je viens de citer, d'accord en cela avec Langenbeck, Seun, Stimson, Hoffa; il me rappelait, encore, que la pénétration ne se faisait pas toujours au même degré, et ajoutait qu'une force suffisante, constamment agissante pouvait certainement triompher d'un engrènement des fragments peu prononcé.

Ce que je tiens à dire, ici, c'est que l'événement dans deux cas que j'ai très présents à la mémoire, a donné raison à M. Hennequin; que sous l'influence de l'extension continue dans la flexion, la rotation externe a été corrigée, et que le raccourcissement primitif très accentué, d'au moins 5 à 6 centimètres, n'était plus à la levée de l'appareil que de deux centimètres au maximum.

Dans un cas de *fracture* dite *sous-trochantérienne*, chez un homme de soixante ans, fracture dans laquelle l'extrémité inférieure du fragment supérieur faisait une notable saillie, en dehors surtout et un peu en avant, l'application de l'appareil de M. Hennequin qui permet de mettre le fragment inférieur dans l'axe du fragment supérieur, nous a permis d'obtenir une réduction presque irréprochable; le raccourcissement définitif ne dépassait pas deux centimètres. Cette guérison sans déformation en crosse de la cuisse,déformation qui est la règle,m'a particulièrement frappé.

Un mot maintenant de l'application de l'appareil de Hennequin aux solutions de continuité de l'extrémité inférieure du fémur.

Tout récemment j'avais à Boucicaut, une jeune fille de vingt ans, atteinte d'un décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Le fragment diaphysaire, s'était porté en arrière et en dedans vers le creux poplité, variété de déplacement sur laquelle a bien insisté M. Delens, dans son mémoire de 1884. M. Hennequin appliqua son appareil qui fut levé au trente-cinquième jour; or, à ce moment, bien que les extrémités fracturées fussent un peu gonflées, que le genou restât légèrement empâté, on ne retrouvait plus le déplacement primitif, il n'y avait d'ailleurs aucun raccourcissement du membre, ce qui prouve que la réduction avait été parfaite. La flexion du genou était un peu gênée; mais quinze jours après, les mouvements de cette articulation avaient toute leur amplitude, et la malade, en quittant l'hôpital, boîtait à peine.

Ces résultats m'ont convaincu de la supériorité de l'appareil de M. Hennequin dans le traitement des fractures de la cuisse, mais je n'en reste pas moins reconnaissant à notre collègue Delbet, de nous avoir apporté ici un appareil de marche qui me semble appelé à rendre de réels services. Les résultats qu'il nous a montrés sont fort encourageants, et je serai heureux, quand l'occasion s'en présentera, de traiter par la méthode qu'il a indiquée les fractures de la partie moyenne de la cuisse.

M. Tuffier. — La question des appareils de marche, étudiée autrefois à propos des fractures de jambe, revient aujourd'hui à l'ordre du jour à propos des fractures de cuisse. Je vais donc étudier quels sont les avantages et les inconvénients de cette méthode.

D'une façon générale, je ne suis pas très partisan de ces appareils, parce que j'en ai vu les résultats pour les fractures de jambe. Au moment où j'allais en faire l'essai, le manque de surveillance — toujours possible — d'un de ces malades, avait causé entre les mains d'un chirurgien, pourtant absolument expert dans l'application des appareils de marche une consolidation vicieuse qui obligea le malade à rentrer dans mon service et nécessita, plusieurs mois après, une ostéotomie. Le seul et l'unique avantage de ces appareils, c'est de permettre *la mobilisation totale du malade.* J'accorde avec M. Berger que, dans les cas absolument exceptionnels où cette mobilisation s'impose, on puisse accepter ce mode de traitement; mais je crois ces cas bien rares, car je ne vois pas bien l'état général fortement modifié par cette déambulation. La durée de la consolidation n'en sera pas, quoi qu'on dise, abrégée, et cela fort heureusement d'ailleurs; car si des mouvements pouvaient s'effectuer dans la jambe malade, et activaient ainsi sa circulation, il s'ensuivrait une mobilisation absolument néfaste. Vraiment, les *quelques semaines de repos* nécessaire pour la consolidation d'une fracture de cuisse sont un fait de bien peu d'importance; et autant la rapidité de la guérison, par exemple, à la suite de l'extirpation d'un cancer, est un facteur de haute importance dans le traitement, autant, pour une fracture, c'est une question absolument secondaire. Dans le premier cas les jours du malade sont comptés; il faut donc réduire au minimum ceux qui le séparent de la vie commune. Chez un sujet atteint de fracture, au contraire, tout doit être subordonné à *l'état ultérieur et définitif* du blessé : c'est un homme valide, qui pourra et qui devra rendre des services aux siens et à la société, s'il est bien soigné, si le résultat obtenu est satisfaisant; ce sera un infirme, ayant perdu 50, 60 ou 80 p. 100 de sa valeur, si le résultat est défavorable. Qu'importent donc dans

le problème à résoudre, quelques semaines de plus ou de moins d'immobilisation ? La rapidité de la guérison est certes un facteur intéressant, mais qui ici est absolument secondaire. Et s'il ne nous est pas démontré que *l'appareil de marche conduit aussi bien à la guérison, et avec autant de sécurité* que les autres appareils, j'en réserverai l'emploi à des cas exceptionnels.

Je lui reproche ses *difficultés* d'application, dont M. Berger faisait voir, dans la dernière séance, toute l'importance dans le traitement des fractures ; je lui reproche de ne pas permettre la *surveillance* constante du foyer de la fracture ; je lui reproche encore d'*étouffer le membre* entier dans une carapace plâtrée, nuisible à sa bonne circulation ; enfin je ne crois pas qu'il puisse *placer*, *maintenir* et *étendre* les deux fragments *dans le prolongement l'un de l'autre*, — et je considère qu'en matière de fractures de cuisse ce dernier argument a une valeur considérable. A ce point de vue, les résultats qui nous ont été présentés ici ne sont pas suffisamment démonstratifs pour me permettre, en faveur des appareils de marche, des conclusions favorables. Lorsque j'ai vu le malade de M. Delbet, et sa radiographie, j'ai été bien convaincu que le raccourcissement était après la traction ce qu'il était après la réduction, et au lieu d'une radiographie de face que notre collègue vous présentait, je lui demandai de nous faire exécuter une radiographie de profil ; celle-ci me donna absolument raison, puisqu'elle montra que le chevauchement des fragments était bien égal au raccourcissement du membre avant l'application de l'appareil. Aussi, jusqu'à plus ample informé, m'en tiendrai-je aux appareils à extension continue.

Le procès intenté contre l'appareil de Hennequin me paraît bien sévère, et M. Berger nous a montré excellemment tous les avantages de cet appareil. Il en est un au moins sur lequel j'ai déjà insisté dans ma communication sur les résultats de la radiographie dans les fractures (1), et sur lequel je veux revenir. La grosse difficulté dans la réduction d'une fracture de cuisse est moins de corriger le chevauchement des fragments que d'amener les deux fragments dans une *direction parallèle*. J'écrivais, dans mon rapport au Congrès de Bruxelles (2), que « la guérison

(1) 13 décembre 1899.

(2) Tuffier et Loubet. Le traitement des fractures des membres (Rapport au *Congrès belge de Chirurgie*, Bruxelles, 8-10 septembre 1902.

Voy. aussi mes articles publiés dans *La Presse Médicale* :

Tuffier. Réduction des fractures et radiographie (*Presse Médicale*, 10 janvier 1900, n° 3, p. 17).

Tuffier. Réduction des fractures à ciel ouvert (*Presse Médicale*, 24 octobre 1900, n° 88, p. 291)

d'une fracture de cuisse sans raccourcissement est une coquetterie chirurgicale ». Nous savons en effet, — et M. Championnière s'est fait l'ardent défenseur de cette constatation — qu'un raccourcissement de 2 à 3 centimètres n'a aucune importance dans le résultat fonctionnel. Au contraire, la *déviation angulaire* des fragments, si légère soit-elle, apporte un trouble profond dans la mécanique de la station et de la marche qui ne peuvent plus s'effectuer normalement qu'en faussant toutes les articulations sus et sous-jacentes. J'attache donc une importance capitale à la réduction de la fracture *suivant la direction*. Or l'appareil de Hennequin — et c'est là, à mon avis, de beaucoup sa grande supériorité, — place le fragment *inférieur*, *mobile*, *dans la direction du fragment supérieur* presque inamovible, dans une position de flexion et de légère abduction. Tous les appareils anciens luttaient contre cette déviation angulaire en agissant sur le *fragment supérieur*, qu'ils voulaient, sans jamais y parvenir, ramener dans l'axe du corps : M. Hennequin a résolu le problème en s'adressant au fragment inférieur *mobile* et en le plaçant dans la direction du fragment supérieur. C'est, à mon avis, son plus grand avantage.

Que vaut la traction au point de vue de la réduction absolue de la fracture, c'est-à-dire de la coaptation exacte des fragments? C'est ce qui, scientifiquement, n'est pas établi aujourd'hui. Dans ma communication ici même, que je rappelais tout à l'heure, et en 1899 je demandai à M. Hennequin d'étudier les résultats rigoureux de cette extension pour la cuisse. N'ayant pas eu de réponse, je l'ai fait moi-même, mais les conclusions auxquelles je suis arrivé pourraient laisser planer un doute dans l'esprit de notre collègue, qui pourrait toujours m'objecter que je ne suis pas son élève suffisamment instruit dans la façon d'appliquer son appareil. Aussi est-ce à lui-même à nous fournir ces renseignements. Pour cela la mensuration est absolument insuffisante, et c'est, à mon avis, une source de renseignements qu'il faut mettre tout à fait au second plan. C'est à la *radiographie* qu'il faut avoir recours. Et rien n'est plus facile comme vérification : il suffit, après l'application de l'appareil de Hennequin, de faire deux radiographies — face et profil — du foyer de fracture, puis de continuer tous les deux, quatre, six ou huit jours une série de radiographies faites dans les mêmes conditions. On verra bien *alors si l'extension continue étend réellement*, ou si elle se contente, comme je le crois, d'immobiliser les deux fragments dans leur état de chevauchement antécédent. Il suffit d'avoir traité quelques fractures ouvertes et d'avoir cherché à réduire bout à bout les fragments pour savoir quelle force considérable il

faut déployer en appliquant des daviers sur les os mêmes pour arriver à un bon résultat.

Lorsque j'ai présenté ici la démonstration de l'extrême difficulté de réduction des fractures, on m'a objecté les difficultés non moins excessives d'apprécier les résultats de la radiographie. Ces objections tombent aujourd'hui et nous savons très bien les conditions requises pour que les résultats obtenus par les rayons X soient considérés comme légitimes. Je ne vois donc aucun obstacle à la réalisation du désidératum que j'ai formulé tout à l'heure. Je considère en somme qu'en matière de traitement des fractures de cuisse, la réduction suivant la direction normale du fémur est le fait capital, et l'appareil de M. Hennequin nous donne à cet égard toute satisfaction.

Pour la fracture du col fémoral dont vous avez, chemin faisant, esquissé les indications thérapeutiques, je crois ces indications absolument différentes suivant les cas. Lorsque l'âge des malades ou leur état général me font craindre des complications viscérales, j'ai recours au traitement d'Astley Cooper. A l'extrême opposé si j'ai un malade dont la fracture du col soit réellement traumatique, malade jeune, j'applique un appareil de Hennequin et j'ai recours au massage précoce. Enfin, dans les cas intermédiaires, c'est encore souvent à l'extension à cette méthode que je donne la préférence. Je laisse mes appareils de vingt-cinq à trente jours, bien que sur ce point la démonstration scientifique de la durée du traitement ne me soit pas encore faite par la radiographie.

M. Nélaton. — Je tiens à répondre de suite à M. Tuffier que j'ai fait bien des ostéotomies dans lesquelles la mensuration m'a démontré que la traction avec l'appareil d'Hennequin avait presque supprimé le raccourcissement.

M. Hartmann. — La plus grande partie d'entre nous donnant leur opinion sur la valeur des différents appareils employés dans le traitement des fractures de cuisse, je crois devoir vous apporter le résultat de ce que j'ai observé.

Au cours de mon internat, j'ai vu appliquer par plusieurs de mes chefs des appareils autres que celui de Hennequin ; à diverses reprises j'ai remplacé l'appareil posé par celui de M. Hennequin, et immédiatement j'ai vu les malades se déclarer très satisfaits du changement d'appareil. Ils sont beaucoup mieux avec l'appareil d'Hennequin qu'avec tout autre appareil, en particulier parce qu'ils peuvent s'asseoir avec la plus grande facilité ainsi que l'indiquait il y a quelques instants M. Démoulin.

M. Tuffier vient nous dire, que quand on tire solidement sur une fracture en saisissant l'os avec une pince et en déployant de la force, on ne peut pas arriver à réduire; et l'on voudrait, ajoute-t-il, arriver à nous faire croire qu'avec une poulie et un petit poids on arriverait à réduire!

M. Tuffier oublie qu'une traction brusque, même violente, a à lutter contre la contraction musculaire, contre les tissus fibreux, et que tout cela cède lentement, progressivement, sous l'influence de la traction continue, que réalise l'extension.

Très justement M. Labbé nous disait qu'il avait même observé de l'allongement exagéré. Il est certain que si l'on prolonge trop longtemps l'extension, on arrive à allonger le membre quelquefois plus qu'on ne le voudrait.

En un mot l'extension continue permet indiscutablement d'avoir des réductions impossibles à obtenir par la réduction brusque et extemporanée.

M. Félizet. — M. Labbé a signalé le fait d'un allongement du membre inférieur, survenu à la suite d'une fracture du fémur traitée par l'extension continue; j'ai vu un cas de cette nature quand j'avais l'honneur d'être son interne.

Mais ce que j'ai vu souvent, c'est un allongement *temporaire* produit pendant l'application de l'appareil de Hennequin.

Quand on a l'habitude d'employer la méthode d'extension, quand on observe ce qui se passe au moment où les fragments osseux se joignent et se mettent en place, on est frappé par la sûreté avec laquelle les surfaces divisées s'affrontent.

On prend le travail sur le fait, pour ainsi dire, et ce travail s'accomplit avec une certaine lenteur.

M. Tuffier vous a parlé des difficultés qu'on rencontre, avec les daviers les plus puissants, dans les ostéotomies, pour opérer la coaptation des surfaces, et comment le développement des forces les plus considérables reste en défaut.

Or, ce que la tenaille la plus robuste ne parvient pas à procurer, la traction, exercée en direction convenable, par un simple poids de 3 ou 4 kilogrammes, le produit sans violence, sans douleur et sans à-coups.

C'est que la réduction d'un déplacement de fracture n'est pas une question de force, c'est une question de fatigue musculaire.

Ici intervient un facteur d'ordre physiologique dont on ne me semble pas avoir assez tenu compte dans cette discussion.

M. Hennequin a insisté avec raison, il y a longtemps, sur ce qu'il appelle la gaine périosto-musculaire.

Il a montré — qu'il s'agisse d'une fracture diaphysaire de

l'humérus ou du fémur — comment c'est sur cette gaine que l'extension agit tout d'abord ; comment la traction bien dirigée la tend, la reforme, la transforme en une cavité régulière, cylindrique et bien modelée, et comment dans cette cavité allongée les fragments écartés se logent et se rejoignent au contact, comme dans un moule. Et c'est dans ce moule régulier que l'osthéogenèse périostale se fera, solide et bien modelée, virole osseuse irréprochable.

C'est alors que, les surfaces osseuses ne se touchant pas, il existe un allongement temporaire réel.

Tout cela s'est accompli sans violence, sûrement, en douceur, et c'est si bien une question de relâchement musculaire, que j'ai pu souvent, substituant à la traction par les poids le procédé des tractions élastiques que nous devons à M. Théophile Anger, réduire des saillies et des chevauchements complets, dont les interventions les plus violentes ne seraient pas venues à bout.

Ce sont là des phénomènes que l'on peut suivre, que l'on sent, que l'on pourrait voir sur l'écran radioscopique, qui évoluent sous les doigts et que j'ai observés dans l'application de nos appareils de fracture de cuisse.

Je ne me sers pas, chez les enfants atteints de fracture de cuisse, de l'appareil typique de M. Hennequin, mais c'est d'après les principes que ce maître a établis que je me guide, c'est à sa méthode que je suis redevable des plus excellents résultats ; il était de toute justice d'en produire ici le témoignage.

M. Tuffier. — Je ne demanderais qu'à être convaincu de la réduction par l'extension mais je ne puis pas l'être. M. Nélaton vous parle d'ostéotomie cela n'a rien à voir avec la réduction de fracture. M. Hartmann prétend que la contracture musculaire m'empêche de réduire mes fractures, mais il oublie que j'endors tous mes malades, et qu'ils sont dans la résolution absolue, je ne vois pas bien alors ce que la contraction musculaire vient faire ici.

Quant à M. Félizet, la fatigue musculaire qu'il invoque ne sera jamais plus complète que sous le chloroforme. D'ailleurs pourquoi discuter, montrez-nous vos réductions parfaites.

M. Quénu. — M. Tuffier se base sur la radioscopie faite pendant que le malade est endormi par le chloroforme pour dire que la traction continue ne réduit pas le chevauchement.

Mais il faut bien remarquer que, pas plus dans les fractures que dans les luxations, lorsque l'excitabilité des nerfs a été accrue, avec ou sans altération des nerfs, il n'est possible de prolonger sans danger au delà de quelques secondes la résolution absolue,

ce sont ces quelques secondes que le chirurgien met à profit pour rentrer une tête fémorale ou humérale dans sa cavité ; il me paraît difficile de faire une observation radioscopique suffisante, pendant ces quelques secondes; ce que votre réduction manuelle ne peut vous permettre d'obtenir au delà de quelques secondes, la traction patiente et continue vous le donne.

Vous demandez des preuves de réduction et vous refusez celles que donne la mensuration; mais ne sont-ce pas des preuves que celles que vous donne la comparaison des résultats qu'on obtenait avant et après l'introduction de l'extension continue dans le traitement des fractures.

Avant cette introduction, non seulement, il y avait du raccourcissement, mais on sentait les fragments chevauchant l'un sur l'autre; depuis l'introduction de l'extension continue, nous avons des fractures sans raccourcissements et il n'est pas possible de sentir le chevauchement (cela à une époque tardive où le cal aurait disparu).

Si ce ne sont pas là des preuves, que vous faut-il?

M. Labbé. — Ce que je puis affirmer, c'est qu'avant l'application de l'extension continue les résultats obtenus étaient inférieurs à ceux que nous obtenons maintenant.

M. Nélaton. — Je voudrais dire à M. Tuffier que la valeur de la radiographie n'est pas toujours démonstrative. Sur un cas intéressant que j'ai pu voir, la radiographie montrait 7 centimètres de raccourcissement, alors qu'à l'incision nous n'en avons trouvé que 4.

M. Tuffier. — Je n'ai pas attaqué l'appareil de Hennequin dont je me sers, mais j'entends bien tout le monde parler de réduction parfaite et d'allongement; pourquoi ne pas montrer les radiographies, l'occasion est propice pour confondre nos prétentions. Comment, en 1899, j'ai prié nos collègues de nous apporter leurs résultats et ils ne l'ont pas fait! Comment, M. Hennequin a soigné des centaines de fractures de cuisse et il n'a pas eu la curiosité de voir si son appareil tirait et combien de temps il tirait! Est-ce que cette extension se fait pendant deux heures, deux jours ou deux semaines? Nous n'en savons rien et je demande à être fixé sur ce point! M. Quénu me dit que les résultats sont meilleurs depuis l'extension continue, cela je le sais très bien, mais je vous en donne la raison dans le *maintien des fragments* en bonne direction et non pas par réduction due à la traction. Quant à sa résolution musculaire complète durant quelques secondes dans la ré-

duction des luxations, je ne vois vraiment pas pourquoi je ne l'obtiendrais pas dans la réduction des fractures sous le chloroforme. D'ailleurs, j'attends de lui comme de mes contradicteurs la preuve facile à me donner par la radiographie. Et cette preuve, je l'attends depuis quatre ans.

Rapport.

Prolapsus total du rectum avec hédrocèle chez un enfant malgache de douze mois. Rectococcypexie. Guérison, par le Dr FONTOYNONT (de Tananarive).

Rapport par M. A. BROCA.

Le prolapsus du rectum est d'une grande fréquence chez l'enfant, mais presque toujours il reste de dimensions médiocres : très souvent il est limité à la muqueuse (quoique peut-être on ait exagéré la prédominance de ces cas); et quand il atteint toutes les tuniques, il n'est cependant presque jamais justiciable d'une opération chirurgicale. Le cas suivant que nous communique le Dr Fontoynont est une exception à la règle.

Une fille de douze mois, chétive, pâle, née de parents syphilitiques, n'étant pas rachitique au sens propre du terme, mais ayant réalisé dans son mode d'existence les conditions nécessaires pour l'être, fut atteinte à plusieurs reprises de poussées d'entérite suivies de constipation, et au bout d'une quinzaine de jours débuta chez elle, d'abord intermittent, puis permanent, un prolapsus du rectum rapidement accru.

Au bout d'une huitaine de jours (cela paraît bien court, mais M. Fontoynont nous avertit qu'il est impossible d'obtenir des malgaches quelque précision dans le temps), il avait 12 centimètres de long, avec la forme classique du prolapsus complet, incurvé en arrière, avec orifice tourné vers le coccyx. Le point intéressant de l'observation est qu'à la partie antérieure et supérieure de la tumeur existait une saillie molle et sonore, réductible, avec gargouillement sous la pression, augmentant sous l'influence des efforts et des cris. Il y avait donc sûrement de l'hédrocèle. Complication rare du prolapsus rectal chez l'enfant, si bien qu'on l'a niée, ainsi que le fait remarquer M. Fontoynont. Avec cette tumeur, exceptionnellement énorme pour une enfant de cet âge, le sphincter était dilaté au point de permettre avec facilité « l'introduction de tous les doigts de la main, accolés les uns aux

autres ». L'état général était précaire, l'incontinence des matières était complète et une diarrhée fétide muco-purulente s'écoulait de façon continue.

En présence de ces symptômes, M. Fontoynont pratiqua la rectococcypexie selon le procédé de notre regretté collègue Gérard Marchant et il obtint la guérison, maintenue plus de quatre mois après l'opération, quoique l'enfant ait eu depuis de fréquentes poussées diarrhéiques, en sorte qu'on est en droit d'espérer un résultat définitif.

Dans un cas de ce genre, avec hédrocèle, la conduite de M. Fontoynont me paraît justifiée, et je pense comme lui que si, chez un enfant, l'indication opératoire existe, c'est à la rectococcypexie périnéale qu'il faut avoir recours. Mais ce sera toujours une exception, et d'une manière générale on peut dire que, si le sujet n'est pas à un degré de cachexie incurable, le traitement non opératoire du prolapsus, même volumineux, réussit à peu près toujours chez l'enfant; et si la cachexie est grande, une opération n'y peut rien. Aussi, dans le cours de ma pratique, n'ai-je pas eu occasion encore d'opérer pour prolapsus rectal chez l'enfant; je le ferai, sans doute, si je me trouve jamais devant un cas aussi accentué que celui de M. Fontoynont, et le succès de notre confrère m'y encouragera. Le fait m'a donc paru intéressant, et je vous propose d'envoyer nos remercîments à l'auteur, auquel je vous prierai de songer lors de nos prochaines élections de membres correspondants.

Disjonction ancienne de la suture coronale. Epilepsie jacksonienne. Trépanation, par M. Fontoynont (de Tananarive).

Rapport par M. A. BROCA.

S'il n'est pas rare, chez l'enfant surtout, de voir une fissure cranienne emprunter sur une longueur variable le trajet d'une suture qu'elle rencontre et qu'elle écarte un peu, pour repartir en baïonnette sur le bord opposé, la vraie disjonction des sutures n'existe guère chez l'adulte, et elle est rare chez l'enfant. A ce point de vue — et aussi au point de vue thérapeutique — je vous signale une observation que nous a adressée M. le Dr Fontoynont.

La malade de quatorze ans dont il nous raconte l'histoire est entrée à l'hôpital pour des troubles cérébraux consécutifs à un trauma cranien ancien : à l'âge d'un an elle était tombée de 4 mètres de haut, en heurtant violemment un mur, d'où un enfoncement sans plaie de la région posto-pariétale droite, avec mou-

vements convulsifs et perte de connaissance assez prolongée. Puis l'état cérébral semble avoir été bon, et l'enfoncement paraît avoir diminué.

Cinq ou six ans après ont commencé des attaques épileptiques, d'abord espacées de trois à quatre mois, puis de plus en plus rapprochées et violentes et enfin survenant depuis six mois environ tous les trois à quatre jours, lorsque, au début de 1902, l'enfant entra à l'hôpital. L'exposition au soleil, tête nue, provoquait fatalement une crise.

Les accès étaient franchement jacksoniens : les convulsions finissaient par se généraliser, mais avec un point de départ constant au médius droit, puis passage au membre supérieur droit, au membre inférieur droit, enfin à la face et aux yeux. Il y avait perte de connaissance. La crise durait environ une demi heure.

A l'examen local, on voyait d'abord que presque toute la région pariétale gauche était aplatie, et là, en un point semblant répondre au trajet de la suture coronale, on sentait une fissure oblique en dedans et en dehors, assez large pour recevoir à plat la pulpe du petit doigt tout entier; et l'on sentait aussi les battements du cerveau. La compression à ce niveau était indolente et ne provoquait pas de crise.

La main droite est faible et malhabile ; il y a un peu d'atrophie musculaire de ce membre et la malade est gauchère. Les membres inférieurs sont normaux. L'intelligence est intacte ainsi que les organes des sens.

En raison des troubles épileptiques, M. Fontoynont opéra. Il mit à nu une fissure large, selon les points, de 5 à 10 millimètres, longue de 8 centimètres, occupant la suture coronale à partir de 2 centimètres de la ligne médiane et plus large en haut qu'en bas, où elle se continuait avec la suture non disjointe. Sous la dure-mère incisée, le cerveau parut normal. La dure-mère épaissie au fond de la fente fut excisée, les deux lèvres osseuses furent largement réséquées à la pince-gouge et enfin la peau fut suturée.

Un des points intéressants à noter, dans une histoire de ce genre, est le résultat éloigné, au point de vue des crises épileptiques. Or, voici l'état relevé par M. Fontoynont : une crise très courte, précédée de céphalalgie, un mois après l'opération ; une crise quinze jours plus tard ; une crise huit jours plus tard. Toutes ces crises furent courtes. Une crise d'une demi-heure, mais avec un peu de convulsions, le 23 mars 1903, soit au bout de cinq mois. Rien depuis, à la date du 8 octobre. Le traitement bromuré à 1 gramme ou 1 gr. 50 par jour était alors suspendu depuis deux mois.

Certes, nous savons que même des accalmies aussi prolongées ne sont pas des gages certains de succès définitif, mais en fait d'épilepsie jacksonienne nous n'avons pas le droit d'être trop difficiles, et, même si l'avenir réserve quelques déboires à l'opérée de M. Fontoynont, au moins aurait-elle retiré de l'opération un bénéfice sérieux. D'autant mieux que peu à peu les fonctions musculaires du membre supérieur droit se sont considérablement améliorées.

M. Fontoynont a raison de faire remarquer que les disjonctions de sutures, au degré où était portée ici la lésion, sont rares. Il croit pouvoir affirmer qu'il n'y a pas eu élargissement progressif de la fissure, comme cela s'observe parfois chez l'enfant : la preuve de cette assertion n'est pas très nette, et, d'après les renseignements vagues fournis par les parents, il ne me semble pas permis de conclure à l'élargissement, à l'état stationnaire ou au rétrécissement de la fente. Il est sage de rester dans le doute, de même, pour l'existence initiale (peu probable il est vrai) d'une céphalhydrocèle traumatique. Enfin, quoiqu'on n'ait rien vu au moment de l'opération, l'ancienneté de la fracture est telle qu'il est impossible d'affirmer que la disjonction a été isolée, ou s'il y a eu la fissure en baïonnette à laquelle j'ai fait allusion au début de ce rapport.

Présentations de malade.

Fistule broncho-cutanée. Excision du trajet fistuleux. Suture du poumon. Guérison.

M. Walther. — Le malade que je vous présente est un homme de trente-cinq ans, mécanicien, qui est entré dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, le 26 mars 1902, pour une infection pleuro-pulmonaire du côté droit d'origine grippale avec vomiques fétides.

L'examen clinique me fit penser à une cavité pulmonaire, probablement pleurésie interlobaire, ouverte dans les bronches, avec pleurésie purulente enkystée. L'examen radioscopique confirma ce diagnostic.

J'opérai le malade le 29 mars. L'ouverture large de la plèvre, avec résection de la 9e côte, permit d'évacuer le pus contenu dans la cavité pleurale enkystée. A la surface du lobe inférieur du poumon, s'ouvrait, par un orifice étroit, un trajet fistuleux laissant sourdre du pus jaunâtre épais. Je réséquai la 8e côte, puis la

7e pour bien donner accès sur tout le lobe pulmonaire ; puis le tissu pulmonaire fut incisé au thermocautère sur le trajet fistuleux, et à 5 centimètres environ de profondeur j'arrivai dans une cavité du volume d'un citron.

Le malade guérit, conservant une fistule broncho-cutanée. Je passe sur les détails de cette longue observation.

Au mois de novembre dernier, le malade rentra dans mon service ; l'état général était bon, mais il toussait fréquemment, crachait un peu ; l'écoulement par la fistule était peu abondant. La communication avec les bronches était toujours large et gênait beaucoup le malade qui demandait avec insistance d'être débarrassé de cette fistule. Comme il n'y avait jamais eu de signe de tuberculose pulmonaire, comme l'état local me paraissait très favorable, je me décidai à intervenir.

L'opération a été faite le 27 novembre 1903, vingt mois par conséquent après la pneumotomie :

Anesthésie au chloroforme.

L'orifice fistuleux est circonscrit par deux incisions courbes se rejoignant en raquette aux deux extrémités.

Dissection de la peau avec les couches fibreuses cicatricielles sous-jacentes ; mise à nu du poumon adhérent.

Dissection du trajet fistuleux qui s'enfonce dans l'épaisseur du poumon. Ce trajet formé d'une paroi fibreuse assez épaisse, épidermisé sur la face interne, est suivi et dégagé par une dissection minutieuse jusqu'à une profondeur de 4 centimètres environ. En ce point, la paroi fibreuse disparaît et le trajet fistuleux se détache de lui-même.

La plaie pulmonaire est alors fermée par un premier surjet de catgut fin placé dans la cavité même du trajet. Un deuxième surjet de catgut comprend la surface du poumon et l'orifice du trajet. Un troisième surjet réunit les tissus fibreux péri-pulmonaires ; enfin, la peau est suturée sans drainage au crin de Florence.

Les suites de l'opération furent très simples, apyrétiques. Les sutures cutanées ne furent enlevées par mesure de prudence que le 9 décembre. La réunion était parfaite.

Depuis lors, l'état général est excellent ; le malade a engraissé de 3 kilogrammes le mois dernier. Le fait le plus intéressant est la disparition complète de la toux et de l'expectoration. L'expansion pulmonaire se fait d'une façon tout à fait régulière sur toute la hauteur du poumon. L'auscultation ne révèle plus trace de cavité dans le poumon, et le murmure vésiculaire s'entend jusqu'à la base.

M. Tuffier. — J'ai vu plusieurs de ces fistules bronchiques, elles sont d'ordre absolument différent. Dans la vraie fistule *broncho-cutanée*, fistule muco-dermique, j'ai pu avec de la patience et quelques cautérisations arriver à leur oblitération complète, et cela dans un cas grave que M. Dieulafoy a rapporté dans ses cliniques sur les abcès du poumon. Les fistules bronchiques avec trajet intermédiaire broncho-cutané sont plus rebelles, et souvent même il faut les respecter. J'ai vu des cas incurables par la suture, d'autres sont restés guéris, et un bel exemple est fourni par cette femme que je vous ai montré il y a quelques années. Enfin il peut être dangereux de fermer ces fistules, car on observe des accidents de rétention.

M. Walther. — Je sais bien que, comme l'a dit mon ami M. Tuffier, l'occlusion des fistules broncho-cutanées ne donne le plus souvent que des échecs.

Il y a quelques années, M. Tuffier nous présentait un malade avec une fistule spontanément guérie et je faisais des réserves sur la persistance de la guérison. Chez certains malades, il est même nécessaire de rouvrir la fistule. C'est ce que j'ai dû faire chez une jeune fille que j'avais opérée il y a dix ans pour une énorme dilatation bronchique. Elle avait toujours une expectoration abondante, parfois fétide, quand elle s'enrhumait, avec des douleurs vives dans le côté malade. J'ai dû rouvrir la fistule qui s'était spontanément oblitérée, pour parer à ces accidents. Cette fistulisation définitive, qui permet l'évacuation large des bronches, l'assure contre ces poussées d'infection.

Chez le malade que je vous présente, je crois au contraire à un bon résultat. Il n'y a plus de cavité centrale. La toux, l'expectoration semblaient entretenues par la fistule puisqu'elles ont complètement disparu depuis sa fermeture. C'est là un fait rare et c'est pourquoi je vous l'ai présenté.

Pied bot équin.

M. Walther. — Ce même malade porte au pied gauche une lésion fort curieuse sur laquelle je vous demande de vouloir bien me donner votre avis.

A l'âge de quinze ans, il commença à ressentir une certaine gêne dans la marche. Le pied gauche s'appuyait sur le talon antérieur; peu à peu, la déformation s'accentua, le pied se plaça en extension forcée. La marche devenait impossible. Le malade

entra, en 1883, à la Pitié, dans le service de Verneuil qui, après d'infructueux essais d'électrisation, pratiqua la section du tendon d'Achille et plaça le pied dans un appareil plâtré pendant six mois. L'électrisation des muscles de la jambe compléta le traitement et le malade put reprendre son travail avec un pied en bonne position, donnant un appui solide, permettant une marche facile. Depuis 1883, ce bon résultat s'était maintenu.

Il y a environ un an, sous l'influence du repos prolongé, du séjour au lit, la déviation du pied reparut, s'accentua dans ces derniers mois, et la lésion revint au même degré qu'en 1883.

Vous pouvez voir ce qu'elle est actuellement; le pied est en équinisme très accentué, irréductible; il est creux, et la concavité de la plante est sous-tendue par l'aponévrose plantaire qui semble rétractée.

Tous les muscles de la jambe sont atrophiés, mais aucun n'est paralysé, et l'exploration électrique faite à deux reprises par M. Delherm, dans le service de mon ami M. Babinski, n'a révélé aucune réaction de dégénérescence; il existe seulement un peu d'hypoexcitabilité, surtout pour les muscles jumeaux.

Ce fait m'a paru de nature à vous intéresser et je vous ai amené ce malade pour vous demander avis.

Cancer du sein. Fibromes de l'utérus. Castration subtotale et disparition consécutive de la tumeur du sein.

M. A. Guinard. — Je vous présente une malade de quarante-cinq ans qui est venue dans mon service de la maison Dubois avec un cancer du sein droit et un volumineux fibrome de l'utérus. La malade se plaignait surtout de son fibrome utérin qui augmentait rapidement de volume. J'avais lu avec le plus grand scepticisme qu'un chirurgien anglais, Beatson, guérissait le cancer du sein par la castration ovarienne et au dernier Congrès français de Chirurgie une observation semblait militer en faveur de cette influence bizarre de la castration sur l'évolution du cancer chez la femme.

Le *Bristish medical* et la *Lancet* ont publié aussi de nombreuses observations enthousiastes qui ont servi de base à un article spirituel et mordant de MM. Barozzi et Majerczak sur ce sujet. (*Revue moderne de Médecine et de Chirurgie*, octobre 1903. Cancer du sein et oophorectomie, page 372 et suiv.) Je trouvais là une bonne occasion de vérifier ce qu'il peut y avoir de réel dans l'interprétation de ces faits. Je commençai donc, après avoir fait

mouler le sein de ma malade, par lui faire une hystérectomie subtotale, supprimant ainsi l'utérus et les ovaires. A mon grand étonnement, les ganglions axillaires disparurent bientôt, et des moulages successifs que je vous présente montrèrent que la tumeur du sein diminuait rapidement. Vous pouvez voir actuellement que la tumeur a presque totalement disparu.

Il n'y a plus trace de ganglions dans l'aisselle; les adhérences de la tumeur à la peau n'existent plus; les adhérences au grand pectoral sont notablement assouplies : bref, le résultat est absolument extraordinaire. J'ai voulu sans plus tarder que le diagnostic de cancer fût établi histologiquement, et il y a quinze jours j'ai par une petite boutonnière enlevé un cube d'un centimètre de côté environ.

Gadaud, Ravaut et d'autres ont montré qu'il s'agit sans conteste d'un squirrhe, « d'un carcinome fibreux ». Je ne tire aucune conclusion de ce fait et je vous le livre tel que je l'ai observé pour qu'il entre en série avec ceux du même ordre qui ont déjà été publiés.

Voici l'observation de la malade dans tous ses détails.

Denise B..., âgée de quarante-cinq ans entre au commencement d'octobre dans mon service de la maison Dubois, pour un fibrome utérin qui grossit rapidement depuis quelques mois. Le début de la maladie remonte à deux ans et demi : il n'y a jamais eu ni douleurs ni hémorragies; les règles ont toujours été normales et non douloureuses; aucun phénomène de compression du côté de la vessie ou du rectum. C'est uniquement l'augmentation de volume du ventre qui préoccupe la malade. Notre attention est attirée aussi du côté du sein droit.

Le sein droit augmenté de volume a environ le volume d'une orange, alors que celui du côté gauche est à peine saillant. Le mamelon est rétracté fortement et l'auréole est froncée en haut et en dehors. Sur le segment externe, la peau a une teinte ecchymotique et recouvre comme une peau d'orange une tumeur mamelonnée, irrégulière, bosselée. Sur la peau qui est épaissie et dure, et adhère à la tumeur, on voit une plaque rouge, véritable noyau épithéliomateux cutané, qui a environ 1 centimètre de côté. A la partie inférieure et externe de la tumeur on trouve un point ramolli et rénitent. Plusieurs ponctions à ce niveau avec la seringue de Pravaz ne ramènent que quelques gouttes de sang. Profondément la tumeur adhère solidement au grand pectoral dont la contraction l'immobilise complètement. Enfin, dans l'aisselle correspondante, on trouve une masse ganglionnaire multilobée d'autant plus facile à observer que la malade est très amaigrie. Il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon.

Cette tumeur du sein qui présente cliniquement tous les signes

des tumeurs malignes — siège dans le segment externe — adhérence à la peau — adhérence au grand pectoral — envahissement ganglionnaire — a débuté il y a huit mois environ.

Je me décide à enlever le fibrome utérin sans toucher au sein, me promettant de suivre de près la malade et d'observer avec soin l'évolution de la tumeur du sein.

Le 9 octobre 1903 je fais une hystérectomie subtotale. Le fibrome principal a le volume d'une tête d'enfant et l'utérus est bourré de fibromes plus petits, de volume varié. Les ovaires enlevés sont sains avec des corps jaunes normaux. L'appendice examiné est intact.

Aucun incident de ce côté et la malade guérit simplement sans drainage.

Trois moulages pris par mon excellent interne M. Capette en octobre et en novembre nous montrèrent à notre grande stupéfaction que la tumeur diminuait rapidement de volume et, chose encore plus extraordinaire, la masse ganglionnaire de l'aisselle fut la première à disparaître sans laisser aucune trace. Le 26 décembre, voulant avoir une confirmation histologique du diagnostic, je crus pouvoir faire une biopsie. Par une petite boutonnière cutanée, j'enlevai un petit cube de la tumeur et je le donnai à M. Gadaud. Ce fragment a été examiné par M. Gadaud dans le laboratoire de M. Widal, et les préparations, qui ont été vues par M. Ravaut, et d'autres histologistes sont à la disposition des membres de la Société. Voici la note qui m'a été remise par M. Gadaud.

Examen de la pièce. — Histologiquement la tumeur est constituée :

1° Par un stroma de tissu conjonctif, extrêmement dense, chargé de fibres élastiques;

2° Au milieu du tissu conjonctif, par des amas de cellules épithéliales disposés de la façon suivante :

Les unes forment la paroi de tubes, réunis par groupes. Ces tubes paraissent être les acini glandulaires, inégaux, plus ou moins dilatés, tapissés par plusieurs rangées de cellules épithéliales, d'autres typiques.

Les autres amas de cellules épithéliales sont des îlots irréguliers, pleins, c'est-à-dire ne présentant en leur centre aucune lumière. Ces îlots sont de forme variable, les uns circulaires, les autres elliptiques, allongés. Les éléments cellulaires qui les constituent sont pressés les uns contre les autres, mais semblent typiques.

En somme, les fragments de tumeur examinés présentent les

caractères microscopiques du carcinome fibreux, du squirrhe.

Cliniquement, l'examen actuel montre que le sein n'est pas plus volumineux que celui du côté opposé. Les ganglions axillaires ne sont pas perceptibles. La plaque indurée de la peau a complètement disparu et la peau a repris sa coloration normale. Il y a encore des adhérences de la glande avec la peau et avec le grand pectoral, mais elles sont notablement assouplies. Ce qui frappe le plus, c'est la diminution extraordinaire du volume de la tumeur et la disparition de l'engorgement ganglionnaire.

M. ROUTIER. — On ne peut induire de ce fait à la cure des tumeurs du sein par la castration, car j'ai des faits de cancers de la mamelle survenus chez des femmes que j'avais antérieurement castrées.

M. QUÉNU. — La présentation de cette malade est particulièrement troublante. Il est évident qu'il ne peut s'agir ici d'une guérison de cancer, mais il est regrettable que nous n'ayions pas l'examen d'un des ganglions dont nous a parlé M. Guinard, car la présence d'éléments épithéliaux dans leur intérieur serait plus démonstrative encore.

M. PAUL SEGOND. — Comme fait analogue à celui de Quénu, je puis citer une mienne cliente dont j'ai enlevé les deux ovaires kystiques et chez laquelle j'ai vu cependant se développer, ensuite, un cancer du sein qu'il m'a fallu opérer. Mais, laissons là ces exemples faciles à multiplier et revenons à la malade de Guinard. Son histoire n'est pas seulement troublante. Je la trouve pour ma part fantastique et, qui plus est, dangereuse. Dangereuse comme tous les faits isolés, authentiques ou non, susceptibles de faire croire aux médecins et aux malades qu'il est aujourd'hui possible de guérir le cancer.

Certes, le péril n'existe ni pour nous, ni pour tous les chirurgiens consciencieux. Avec le souvenir du fait extraordinaire observé par Guinard, nous n'aurons pas plus la pensée de préconiser *le traitement du cancer du sein par la castration* que *la cure des fibromes utérins par la succion mammaire.* Mais en dépit du soin que Guinard a pris lui-même d'éviter toute équivoque, qui sait si la même réserve sera partout gardée? En tout cas, ce ne serait pas la première fois que la mauvaise interprétation de ce qui se dit ici pourrait avoir, ailleurs, de fâcheuses conséquences.

Aussi bien suis-je convaincu que dans la divulgation d'un fait aussi troublant, nous avons le devoir de nous entourer de précautions oratoires excessives et, surtout, de bien spécifier qu'il

ne saurait avoir d'autre portée thérapeutique actuelle que celle d'une curiosité clinique. L'opérée de Guinard serait-elle guérie, (ce qui, du reste, n'est pas) que cette remarque n'en conserverait pas moins, à mon avis, sa réelle utilité.

M. PIERRE DELBET. — Il est bien certain que les cancers du sein se développent en général à un âge où les ovaires ne jouent plus un grand rôle. Aussi ai-je écrit lorsqu'on a proposé la castration comme traitement des cancers du sein que cette méthode ne semblait pas rationnelle. Il est non moins certain qu'on a vu nombre de fois des cancers se développer dans le sein de malades castrées chirurgicalement. Cela aussi donne à penser que la castration ne doit pas avoir une action curative sur les cancers mammaires.

Mais tout cela, c'est des raisonnements. Or, M. Guinard nous apporte un fait, et ce fait je le trouve pour ma part extraordinairement intéressant. Il présente en effet un point très spécial sur lequel il faut attirer l'attention.

Quand on a proposé de traiter les cancers du sein par la castration, on a eu l'intention d'utiliser les relations qui existent entre les organes génitaux et les glandes mammaires, relations qui se manifestent au moment de la puberté, de la grossesse, de l'accouchement. En enlevant les ovaires, on a espéré provoquer l'atrophie de la mamelle.

Or, dans le cas de M. Guinard, c'est dans le sein qu'il reste quelque chose, et ce sont les ganglions qui ont disparu. M. Guinard nous dit que les ganglions étaient volumineux et il n'en reste plus trace. C'est un résultat tout à fait extraordinaire et qui conduit à penser que, dans ce cas, l'effet de la castration n'est pas de l'ordre des relations qui existent physiologiquement entre les organes génitaux et les mamelles.

M. KIRMISSON. — Je m'associe aux réserves formulées par M. Segond, et je regrette de voir publier des faits aussi insolites qui peuvent avoir, en dehors de notre Société, la répercussion la plus fâcheuse. Je tiens à bien faire remarquer que cette malade n'est nullement guérie de son cancer, et que nous voyons à chaque instant des squirrhes du sein présentant tous les caractères de cette tumeur.

M. A. GUINARD. — Il faut que M. Kirmisson m'ait bien mal compris : je n'ai jamais dit que ma malade est guérie de son cancer du sein. Je constate simplement que l'évolution de sa tumeur a été très singulièrement modifiée par la castration totale, et cela

m'a paru fort intéressant quoique puisse en penser M. Kirmisson.

Quant aux faits de cancer du sein survenant chez des femmes antérieurement castrées, ils sont bien connus. J'ai moi-même dans notre récente discussion sur les fibromes cité une malade opérée jadis par Péan pour un fibrome utérin et que j'ai soignée cette année pour un cancer du sein. Tous ces faits sont à enregistrer jusqu'au jour où la lumière pourra se faire.

Présentation d'appareil.

Bronchoscope.

M. GUISEZ présente l'appareil de Kilan (de Fribourg), pour l' « extraction des corps étrangers des bronches ».

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX ,imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 13 JANVIER 1904

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

Les comptes rendus de cette semaine n'ayant point paru à temps, l'adoption du procès-verbal de notre dernière séance est mise, sur la demande de M. GUINARD, à mercredi prochain.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Une lettre de M. BAZY qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. le PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. TURGIS (de Falaise), membre correspondant de la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Cancer du sein et castration.

M. ROUTIER. — Je me fais un devoir de compléter les indications relatives au fait que j'avais rapporté de mémoire à la fin de la dernière séance.

Je vous rappelle qu'il s'agissait d'une religieuse âgée de quarante-quatre ans que j'opérai le 11 février 1895, pour un fibrome volumineux; je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale avec suppression des annexes.

C'est en faisant le pansement que j'aperçus un gros cancer du sein à forme squirrheuse, et j'étais désolé d'avoir opéré cette femme.

Les suites furent simples et elle parut se rétablir, mais après quelques mois elle eut une *phlegmasia alba dolens* du membre inférieur gauche; elle a vécu presque un an sur un lit mécanique, paralysée des deux jambes, ce qui tendrait à prouver que son cancer du sein s'était généralisé à la colonne vertébrale. Et elle est morte en octobre 1897.

Voilà tout au moins un cas où la castration totale n'aura pas arrêté l'évolution du cancer du sein préexistant.

M. Guinard. — Dans la dernière séance j'ai présenté ici une malade à qui j'avais fait la castration totale pour un fibrome utérin. Nous avions vu un cancer du sein de cette malade diminuer tellement de volume à la suite de l'opération que vous avez pu constater une disparition presque complète. A la demande de M. Quénu, je dépose sur le bureau les préparations microscopiques du fragment de la tumeur que j'ai enlevé pour la biopsie.

Discussion sur les fractures (1).

M. Pierre Delbet. — Dans la discussion qui a été soulevée par mes communications et présentations concernant les appareils de marche appliqués au traitement des fractures du fémur, on s'est servi d'un argument qui m'a grandement surpris. On a prétendu que les fracturés de cuisse et même ceux de jambe, munis d'appareils de marche, ne marchaient pas ou marchaient si mal que cela n'était pour eux d'aucun avantage.

M. Hennequin s'était imaginé, c'est lui qui nous le dit, que les fracturés pourvus d'appareil de marche devaient marcher sans le secours d'aucun tuteur, c'est-à-dire à peu près aussi bien que s'ils n'avaient pas de fractures. Aussi lorsqu'il s'est aperçu que les malades soignés par M. Reclus pour des jambes cassées et que les miens avec leur fémur brisé n'étaient pas tout à fait aussi ingambes que des gens sains, il a éprouvé une profonde déception.

(1) Les radiographies qui accompagnaient cette communication seront publiées dans le prochain numéro.

M. Hennequin est trop exigeant. D'ailleurs son optique paraît changer suivant qu'il regarde ses malades ou ceux des autres.

Quand mon ami Routier lui rappelait certains résultats médiocres ou même mauvais qu'il avait obtenus lui-même, Hennequin, avec son propre appareil, je le voyais de ma place faire des gestes énergiques de dénégation. Et dans la dernière séance nous avons vu que l'interprétation qu'il donne de ces cas diffère beaucoup de celle de M. Routier à qui appartenaient les malades. D'autre part il nous disait que les fracturés de jambe traités par les appareils de marche se traînaient misérablement. Il y a cependant un grand nombre de services de chirurgie où l'on peut vérifier tous les jours qu'il n'en est point ainsi.

L'un des fracturés de cuisse que j'ai présentés ici marchait avec une canne; l'autre avec une béquille et une canne. Ils estimaient tous les deux qu'ils avaient un énorme avantage sur ceux qui étaient confinés dans leur lit.

Le premier circulait toute la journée et d'une allure souvent rapide dans les cours de Bicêtre. Cet avantage, il l'appréciait si fort que lorsque je voulus au bout d'une quarantaine de jours lui enlever l'appareil, comme je lui dis qu'il serait obligé de garder le lit quelque temps, il me supplia de lui laisser son plâtre jusqu'au moment où il pourrait marcher sans lui. J'ai accédé à son désir sans qu'il en soit résulté la moindre raideur pour le genou. Vous avez pu le constater, car je vous l'ai présenté le lendemain même du jour où l'appareil fut enlevé. Je ne crois pas qu'on ait jamais présenté ici un fracturé de cuisse vingt-quatre heures après qu'il était sorti de son appareil, quel qu'il fût.

Quant au second, il marchait avec une béquille et une canne, mais il marchait. Il a même été indigné qu'on ait pu dire le contraire. « C'est une drôle de Société que celle où vous m'avez conduit, me disait-il. Il y avait un monsieur d'un certain âge avec une petite moustache grise (je n'ai pas eu de peine à reconnaître M. Hennequin, d'autant plus que j'avais assisté au colloque) qui voulait me persuader que je ne pouvais pas marcher. Si vous voulez me dire son nom, ajoutait mon malade, je lui donnerai rendez-vous avenue de la Grande-Armée où je me promène tous les jours. Il pourra aussi venir dans mes ateliers; il m'y verra circuler une bonne partie de la journée. » C'est ce même malade qui guéri me disait. « Vous avez allongé ma vie active de quarante jours. »

Voilà un témoignage auquel je ne puis m'empêcher d'attacher plus d'importance qu'à toutes les considérations théoriques.

Quant aux enfants soignés par Dupuy, ils marchaient et couraient sans aucun tuteur. D'ailleurs l'argumentation de M. Hennequin me plonge dans la perplexité.

Dans la même page où il affirme que nos malades traités par les appareils de marche ne marchent guère, il déclare qu'il a vu plusieurs fois des fracturés de jambe munis d'appareils ordinaires « sauter à bas de leur lit et se diriger les uns en marchant, les autres en courant, vers un endroit impérieusement convoité ». C'est bien curieux. Quand nous nous appliquons à faire des appareils qui permettent de marcher, nos malades ne marchent pas. Quand nous faisons des appareils qui ne leur permettent pas de marcher, ils marchent, ils courent. Est-ce nos malades qui poussent à ce point l'esprit de contradiction?

Non, — les appareils de marche permettent de marcher, — je ne crois pas qu'il soit utile d'insister sur ce point, car tout le monde, sauf M. Hennequin, en est convaincu. Évidemment le charretier ne pourra pas conduire ses chevaux; le maçon ne pourra pas monter sur ses échafaudages, ni le couvreur courir sur les toits. Aussi pour que la possibilité de marcher dans ces conditions constitue un bénifice économique appréciable, il faut des circonstances qui se trouvent rarement réunies à l'hôpital : je l'accorde. Mais n'est-ce point cependant un réel avantage d'éviter aux malades un séjour prolongé au lit? Leur santé générale n'a-t-elle pas à y gagner? N'est-ce pas pour eux un agrément qui mérite d'être pris en considération? Rappelez-vous la joie des malades alités, quand on leur annonce qu'ils vont pouvoir se lever. Je vous citais tout à l'heure un de mes malades qui a préféré garder son appareil plutôt que de rester quelques jours au lit. Pour ma part, je serais comme lui. Si j'avais le malheur de me casser le fémur, je supplierais le chirurgien à qui je confierai ma cuisse de me donner la possibilité de me tenir debout et de marcher même d'une manière très imparfaite.

J'estime donc qu'il y a un réel avantage à donner aux fracturés la possibilité de marcher. Mais je reconnais que cet avantge n'est pas tel qu'on doive lui sacrifier quoi que ce soit du résultat définitif.

Il faut donc voir si l'appareil de marche permet d'obtenir de bonnes consolidations.

Il y a trois manières de juger le résultat du traitement des fractures de cuisse, trois manières dont les données ne concordent pas toujours : la mensuration, le fonctionnement, la radiographie.

Des trois, la plus imprécise, la plus mauvaise, c'est, à mon avis, la mensuration. Je crois qu'avec un appareil que je ferai peut-être construire, on pourrait rendre exacte la mensuration des membres inférieurs; mais celle qu'on fait couramment avec un ruban métrique ne l'est pas. Je ne veux point expliquer pourquoi, ce serait un peu long; il me suffit de constater qu'elle est imprécise

et je n'ai pas besoin pour cela de chercher bien loin les exemples. Quand je vous ai présenté au mois de juillet un grand jeune homme qui venait de sortir de son appareil, M. Hennequin lui a trouvé 5 centimètres de raccourcissement. J'ai ramené le même jeune homme il y quinze jours. M. Nélaton l'a mesuré et a trouvé que le raccourcissement était de 3 centimètres environ, ce qui l'a conduit dans la dernière séance à dire que ce résultat est bon. Comme on ne peut admettre que le membre se soit allongé depuis qu'il est sorti de l'appareil, il faut bien conclure que la mensuration est incertaine. Ainsi, au nom de la mensuration, M. Hennequin déclare mauvais un résultat que M. Nélaton trouve bon. Je sais bien que dans l'appréciation de ces épithètes, il faut tenir compte du tempérament de ceux qui les ont choisies. Je sais bien que la parfaite loyauté de M. Nélaton se rehausse d'une extrême courtoisie et même d'une aimable bienveillance, mais je sais aussi, nous savons tous, qu'il n'est pas homme à parler contre la vérité, ni contre sa pensée.

La mensuration, il fallait bien s'en contenter quand on n'avait pas mieux, mais aujourd'hui elle doit céder le pas à la radiographie. En outre, elle est plus mauvaise que le fonctionnement puisque l'on voit des malades qui marchent parfaitement avec des raccourcissements assez notables. Elle nous renseigne donc mal et sur le résultat anatomique et sur le résultat physiologique.

Le fonctionnement, le résultat fonctionnel, c'est en somme la chose importante. Pour que vous puissiez en juger, j'ai fait venir, il y a quinze jours, les trois malades que j'ai pu retrouver. Vous avez constaté qu'ils marchent sans boiterie, sans douleur, sans fatigue. C'est un résultat qui a bien son importance. Les malades sont enchantés, le chirurgien devrait l'être aussi.

Mais il ne nous suffit pas que le résultat physiologique soit excellent, nous voulons encore que le résultat anatomique soit aussi parfait que possible.

Or, là-dessus, la radiographie seule peut nous renseigner; et elle ne peut nous renseigner qu'à une condition, c'est qu'on prenne pour chaque malade deux radiographies dans deux plans perpendiculaires l'un à l'autre. Mais je dis qu'à cette condition, elle nous renseigne avec exactitude.

Avec une seule radiographie, surtout si elle est faite dans le plan antéro-postérieur (je parle des fractures de la diaphyse fémorale), on a souvent l'illusion d'une réduction qui n'existe pas; mais alors si l'on fait une seconde radiographie dans le plan frontal, on constate que les deux fragments chevauchent et parfois qu'ils n'ont aucun contact l'un avec l'autre.

Je me demande ce que l'on peut bien reprocher à la radiogra-

phie comme moyen de déterminer la forme et la situation des fragments dans les fractures. A voir la manière dont on l'attaque, on serait tenté de croire que certaines personnes ne lui ont pas pardonné d'avoir montré que les réductions qu'elles croyaient parfaites sont presque toujours imparfaites et souvent très défectueuses.

M. Hennequin critiquant les données de la radiographie a dit dans la séance du 25 novembre (page 1051) : « M. Delbet, plus que tout autre, sait les erreurs qu'elle peut faire commettre quand on s'en rapporte exclusivement à ce qu'elle nous montre. » Je crois bien que c'est là ce qu'on appelle une insinuation : c'est même une insinuation en coup de patte, si j'ose ainsi parler. M. Hennequin faisait allusion à ce malade que j'ai présenté, que je croyais réduit et qui ne l'était pas. Mais, Messieurs, je n'avais dans ce cas qu'une seule radiographie et elle avait été faite dans le plan antéro-postérieur. Or je vous ai dit à quelles erreurs exposent ces radiographies faites dans ce sens. En outre cette radiographie unique était mauvaise, obscure parce qu'elle avait été faite au travers d'un appareil plâtré épais et j'avais bien pris soin de dire, c'est imprimé à la page 690 : « Au point de vue du chevauchement, la radiographie n'est pas nette. » Aussi Messieurs, je n'ai pas conscience d'avoir été gravement touché par le coup de patte de M. Hennequin, et je crois que la radiographie en sortira également indemne.

Dans la dernière séance, M. Nélaton citait un cas où « la radiographie montrait sept centimètres de raccourcissement alors qu'à l'incision on n'en a trouvé que quatre ». Il est difficile de discuter un cas aussi brièvement rapporté. Il semble qu'on ait jugé d'après une seule radiographie. Peut-être la fracture était-elle très oblique et a-t-on mesuré la distance qui séparait les deux pointes les plus éloignées. Peut-être s'agit-il d'une radiographie du début, de la période de tâtonnement où on les faisait souvent mal. Je ne sais. Mais j'affime qu'à l'heure actuelle les renseignements fournis par les radiographies sur la forme et la situation des fragments sont exacts et précis.

Oui, il y a quelques années, lorsqu'on se servait de petites ampoules, de forme presque sphérique, où le vide était mal fait, les déformations étaient parfois considérables. On était obligé de les mettre tout près du malade et, si elles se trouvaient juste au-dessus du foyer de la fracture, la projection des deux fragments se faisant en sens inverse, le chevauchement pouvait être exagéré. Mais on ne procède plus ainsi. M. Vaillant a radiographié d'un seul coup avec une seule ampoule des sujets tout entiers, de pied en cap, du sinciput au talon, et la déformation totale n'a été que

de trois centimètres. Si donc la déformation était proportionnelle d'un bout à l'autre de la plaque, un chevauchement de trois centimètres ne serait même pas modifié d'un millimètre. Et elle n'est pas proportionnelle, elle est sûrement plus considérable aux deux extrémités et à peu près nulle vers le centre. Pour une fracture, lorsque la radiographie est faite en vue de cette fracture, la déformation est donc tout à fait négligeable.

Et puis, Messieurs, avant d'accuser la radiographie d'erreur, il faudrait se rappeler que grâce à l'appareil de M. Contremoulin on détermine avec une précision mathématique la situation d'un corps étranger même dans le thorax.

Il est donc permis d'affirmer qu'avec deux radiographies bien faites et bien interprétées on peut déterminer exactement la forme et la situation des fragments d'un fémur brisé.

Messieurs, mes malades ont été radiographiés et je vous ai apporté leurs radiographies. M. Hennequin les a critiquées; c'est fort bien. J'admets parfaitement qu'on juge de mes résultats au point de vue anatomique par les radiographies, mais, je l'ai déjà dit, je le répète, je demande à juger de même les résultats des autres méthodes de traitement.

Or, on ne m'a pas fourni le moyen de le faire.

On a parlé de coaptations parfaites. Ces coaptations, seules les radiographies faites suivant deux plans réciproquement perpendiculaires permettent de les constater, et on n'a pas apporté de radiographies.

Je ne me servirai pas des miennes, on les tiendrait pour suspectes. Je me bornerai à répéter ce que j'ai déjà dit, c'est que j'ai obtenu de meilleures réductions avec l'appareil de M. Tillaux qu'avec celui de M. Hennequin. Aussi, avant d'en venir à l'appareil plâtré, j'avais pris l'habitude de n'employer l'appareil de M. Hennequin que dans les cas où il y avait un gros avantage à faire asseoir les malades.

Ici, Messieurs, je me vois obligé bien à regret de faire une digression.

Dans la séance du 25 novembre (page 1054) M. Hennequin après avoir chanté les louanges de son appareil disait : « C'est en présence de tous ces avantages, de cette supériorité indéniable que M. Delbet vient nous dire et nous répéter qu'à son avis l'appareil de M. Tillaux est celui qui donnait les meilleures réductions. Comme preuve à l'appui, il nous apporte l'observation d'un enfant de douze ans qui à la levée de l'appareil réducteur par excellence avait un raccourcissement de 4 centimètres... Qu'on ne vienne pas me dire, continue M. Hennequin, que les quelques minutes qu'à duré la pose pour tirer l'épreuve radiographique ont suffi aux

fragments pour reprendre leur position première, la traction ayant été supprimée pendant un court espace de temps. L'appareil à traction ne serait-il resté en place que pendant huit jours, » etc.

Si M. Hennequin me l'avait demandé, je lui aurais dit que l'appareil à traction n'était resté en place ni huit jours, ni sept, ni six mais pas même quarante-huit heures; je lui aurais dit encore qu'on l'avait enlevé pour transporter le malade.

Voici d'ailleurs ce que j'avais dit à propos de ce malade dans la séance du 29 juillet : c'est imprimé à la page 872. On a donc eu quatre mois pour le lire. « Le troisième malade, âgé de douze ans, avait une fracture en rave de la partie moyenne. Comme chez le précédent, on avait d'abord appliqué l'appareil de M. Tillaux. Sur la radiographie, le résultat de cet appareil paraît déplorable. Mais il ne faut attacher à cette épreuve aucune importance, car, pour placer la plaque sensible, on avait supprimé la traction. Cette radiographie nous renseigne donc sur le déplacement primitif et non sur les effets de l'appareil de M. Tillaux. »

Voici, Messieurs, ce que j'avais écrit; je croyais cette dernière phrase, suffisamment claire et précise pour éviter toute méprise, pour éloigner toute équivoque, et pour empêcher les esprits même les plus combattifs de tirer de ce fait un argument contre l'appareil de M. Tillaux.

Je reviens aux radiographies. Quand j'ai entendu M. Hennequin critiquer celles que j'ai apportées, toutes sans exception, même celle-ci que je vous présente à nouveau et dont je demande la reproduction dans nos Bulletins, je me suis cru en proie à un cauchemar.

Pour qu'on critique un pareil résultat, me disais-je, il faut qu'on en obtienne couramment de meilleurs et comme je n'en avais jamais vu d'aussi bons, je me demandais si mes maîtres, mes internes et moi nous n'étions que des maladroits; je me demandais si réellement l'appareil de M. Hennequin n'avait pas donné entre leurs mains, entre les miennes tout ce qu'il doit donner, et j'étais fort anxieux.

Je me rappelais bien les radiographies qui ont été présentées par M. Maunoury ici en 1898, et elles me rassuraient un peu. Pour me rassurer complètement, je n'avais qu'un moyen, puisqu'on n'a pas apporté ici de radiographies, c'était d'aller consulter les collections de clichés qui sont conservés dans les services radiographiques des hôpitaux. Je me suis adressé à M. Contremoulin, à M. Dagincourt, à M. Infroit et à M. Vaillant, et je les remercie d'avoir mis leurs collections à ma disposition. Grâce à eux, j'ai pu voir, étudier un grand nombre de radiographies de fémurs

fracturés et consolidés et le résultat de cette étude a été de calmer complètement mes angoisses.

De résultats supérieurs à celui-ci, je n'en ai pas vu un seul; et j'en ai vu bien peu d'équivalents. Le nombre des radiographies que j'ai étudiées et qui proviennent des différents services de Paris me permettent d'être très affirmatif et j'affirme que les résultats que je vous ai présentés et qui ont été obtenus avec l'appareil de marche sont dans la très bonne moyenne.

Lorsqu'on dit à M. Hennequin qu'on a obtenu avec son appareil un résultat qui n'est pas parfait, il ne manque guère de demander : « Comment mon appareil a-t-il été appliqué? Savez-vous vous en servir? » Et l'on comprend très bien qu'il sous-entend : « Cette imperfection du résultat, ce n'est pas la faute de l'appareil; c'est la faute du chirurgien. »

Messieurs, s'il ne s'agissait que de moi, que de mes résultats, j'adopterais l'humble attitude qu'a prise Tuffier dans la dernière séance; je dirais que, sans doute, je suis un mauvais élève. Mais le grand nombre de radiographies que j'ai étudiées me permet de parler d'une autre sorte et je répondrai à M. Hennequin : si votre appareil est d'un emploi si délicat que des chirurgiens de profession ne peuvent l'appliquer correctement, il ne vaut rien; pratiquement il est mauvais. Si, au contraire, il est à la portée des chirurgiens, il ne donne pas les résultats que vous dites.

Et comme le faisait Tuffier dans la précédente séance, je réclame à M. Hennequin des radiographies, et non pas une, où deux, ou trois, mais des douzaines, car c'est par centaines qu'il a soigné les fractures du fémur. Peut-être nous dira-t-il que son dédain des rayons de Rœntgen l'empêche de faire radiographier ses malades. Il y a cependant des malades soignés par lui qui ont été radiographiés ; je le sais; j'en suis sûr; j'ai vu les clichés.

J'ai dit que la radiographie donne des résultats sûrs et précis. Mettons que cela ne soit pas vrai, mettons que la radiographie ne donne que des renseignements inexacts, incertains. Cela n'est pas, mais admettons-le. Même s'il en était ainsi, la radiographie ne serait pas l'ennemie personnelle de M. Hennequin; elle ne lui réserverait pas des tours qu'elle éviterait aux autres, et les radiographies de ses malades seraient encore comparables à celles des autres.

Messieurs, ne vous méprenez pas sur ce que je veux dire. Je n'ai pas du tout l'intention de décrier l'appareil de M. Hennequin; mais les louanges hyperboliques attirent les critiques excessives. J'apprécie comme tout le monde cet appareil; qu'on me dise qu'il est bon, je souscrirai des deux mains. Mais si l'on vient prétendre qu'il donne à coup sûr une réduction anatomique parfaite,

je me cabre. Avec M. Lucas-Championnière, avec Routier, avec Tuffier et au nom de radiographies nombreuses que tout le monde peut consulter, c'est une affaire de temps et de patience je dis : non, vous vous trompez, les réductions anatomiques parfaites sont la rarissime exception. Ce que vous obtenez, ce sont des à peu près, des coaptations approximatives, compatibles avec un bon fonctionnement, mais vous ne remettez pas les fragments dans la situation qu'ils occupaient avant la fracture.

Ceci est important. Si, négligeant les radiographies, on s'imagine en se basant sur la mensuration qu'on réduit parfaitement les fractures, lorsqu'il s'agit de juger un nouvel appareil on prend pour étalon cette perfection qui est chimérique, que l'on n'obtient presque jamais, et l'on porte des jugements injustes. Pour bien apprécier un nouvel appareil il faut bien savoir ce que donnent les anciens. C'est pour cela que j'ai fait la revue des radiographies et je dis que ceux qui comme moi auront le temps et la patience de rechercher dans les collections de la Salpêtrière, de Necker, de Lariboisière et de Beaujon les clichés de fractures du fémur consolidées et de les étudier, ceux-là reconnaîtront que l'un des résultats que j'ai présentés ici est d'une perfection anatomique que l'on atteint rarement, que deux sont bons et que le quatrième, bien que médiocre, est cependant satisfaisant si on le compare à ce que l'on obtient en moyenne.

Messieurs, dans toute cette discussion, on a opposé l'appareil de M. Hennequin à l'appareil de marche. Ce n'est point ainsi que les choses doivent être envisagées.

L'appareil de marche, et j'ai bien pris soin de le dire, n'est pas un appareil de réduction, c'est seulement un appareil de contention. Il faut commencer par réduire, et la réduction ne peut être obtenue que par l'extension. Quel est l'artifice qui permet d'obtenir la meilleure réduction? Cela, je ne le sais pas encore.

Voici comment je comprends les choses. Quelle que soit la manière d'agir des appareils à extension, que leur effet soit immédiat comme l'affirme M. Tuffier, qu'il soit progressif, lentement progressif comme d'autres le soutiennent, peu importe ; il arrive toujours un moment où l'appareil a donné tout ce qu'il peut donner en fait de réduction. Il cesse alors d'être réducteur et devient purement contentif. C'est à ce moment qu'on peut appliquer l'appareil de marche. Pour bien faire comprendre ma pensée je dirai à M. Hennequin : « Donnez-moi une fracture de la diaphyse fémorale parfaitement réduite, je ferai un appareil qui fixera la réduction et permettra au malade de guérir tout en marchant. »

La discussion actuelle peut-elle nous conduire à une conclusion? je ne le crois pas.

Voici ce qui s'est passé. Au mois de juin, je vous ai présenté un malade muni de son appareil. Mon seul but était de montrer que dans certaines conditions on peut faire marcher les fracturés de cuisse sans nuire à la consolidation, et cela n'était point neuf, Dœllinger l'avait déjà fait. M. Hennequin n'a pas voulu laisser passer ma présentation sans protester. J'ai répliqué; j'ai présenté d'autres malades; puis au retour des vacances, M. Hennequin est revenu sur la question à un point de vue général, et peu à peu, comme certaines batailles s'engagent par des escarmouches, malgré la volonté des généraux, la discussion s'est engagée malgré moi. A mon avis, elle est prématurée.

Je ne suis pas fixé sur la meilleure manière d'obtenir la réduction. Quant à l'appareil plâtré lui-même, on lui a adressé certaines critiques. A mon avis, on n'a pas formulé la plus grave de toutes, c'est que, tel qu'il est, il suffirait du plus léger vice d'application pour que le résultat fût mauvais. Mais cet appareil n'a rien de définitif. Notre science et notre art, c'est un de leurs grands charmes, sont en perpétuelle évolution. Rien n'y est jamais définitif. A moins d'avoir la singulière tournure d'esprit de Boyer, on peut, on doit toujours espérer, chercher des perfectionnements, des améliorations, des progrès.

Pour ce qui est de cet appareil, j'ai l'intention de lui faire subir certaines modifications. Je l'aurais fait déjà si j'avais eu l'occasion de le faire; mais depuis le dernier malade que je vous ai présenté, je n'ai pas eu à soigner une seule fracture de cuisse.

En somme, Messieurs, je n'ai pas eu d'autre but que de vous montrer, comme l'a très bien dit M. Nélaton, qu'on peut obtenir de bons résultats dans certaines fractures de cuisse avec un appareil qui permet aux malades de marcher.

Il reste à perfectionner l'appareil et à en fixer les indications. C'est affaire de temps et d'expérience.

Rapport.

Hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein,
par M. Tailhefer (de Béziers).

Rapport par M. BROCA.

Dans une de nos séances d'octobre, M. Tailhefer (de Béziers) nous a présenté un organe qui à l'œil nu lui paraissait être un rein, surmonté de sa capsule surrénale, et qu'il avait enlevé dans

une hernie inguinale étranglée. Je dois dire que l'aspect macroscopique nous a bien paru à tous répondre à celui d'un rein très



Fig. 1.

La pièce dans son ensemble, après déplissement de la trompe et du ligament large. Grandeur naturelle.

fortement congestionné. Mais, fort prudemment, M. Tailhefer m'avait laissé la pièce pour examen histologique. Or, mon élève



Fig. 2.

Coupe histologique de l'ovaire dans sa totalité.

et ami Deguy, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades, a démontré qu'il s'agissait d'un ovaire accompagné de sa trompe, laquelle le coiffant en casque, ressemblait à une capsule surrénale.

Dès lors, l'intérêt de l'observation ne réside plus que dans l'étran-

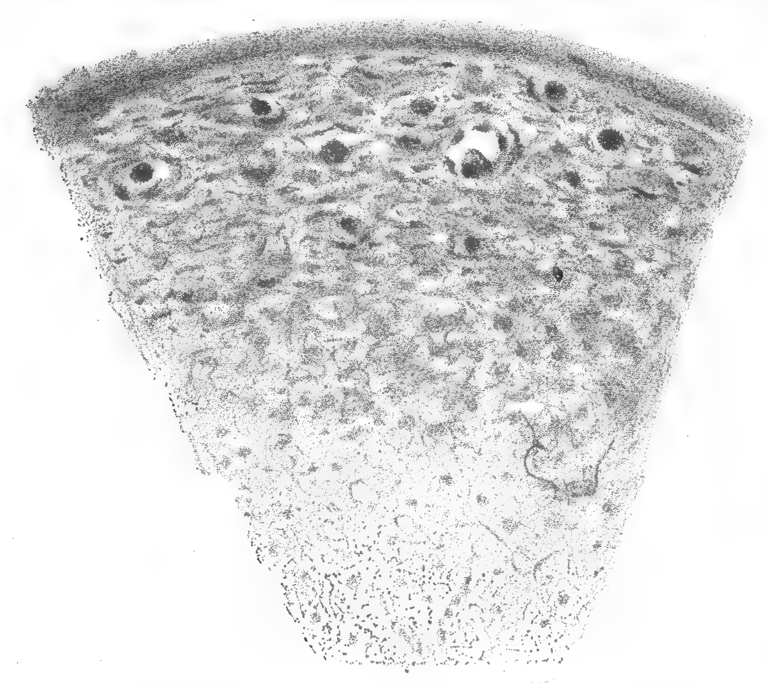


Fig. 3.

Une partie de la coupe précédente (zone corticale) vue à plus fort grossissement et montrant les follicules de de Graaf.

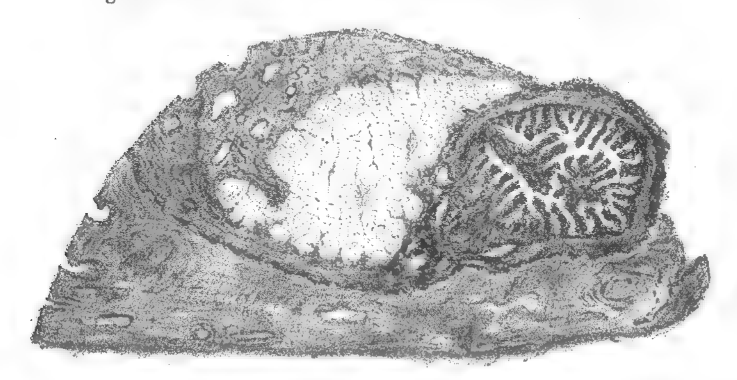


Fig. 4.

Coupe de la partie annexée à l'ovaire et comprenant le ligament large, du tissu graisseux et la trompe.

glement, survenu chez une fille de cinq mois, et M. Deguy m'a remis la note suivante sur les lésions de l'organe. Les figures que

je crois intéressant de reproduire ici, sont dues à l'habileté de mon élève M. Mahar.

La tumeur soumise à notre examen et dessinée en grandeur naturelle est formée de deux parties réunies ensemble, l'une en forme de rein, l'autre sans aspect spécial, mais présentant quelques prolongements en forme de franges. Des coupes histologiques montrèrent qu'il s'agissait d'un ovaire avec la trompe et le ligament large.

Sur ces coupes j'ai recherché la présence de micro-organismes, soit par la méthode de Gram, soit par des colorations au bleu de méthylène, mais les investigations restèrent infructueuses. Histologiquement nous avons constaté les lésions suivantes :

Ovaire. — En aucun endroit, je n'ai pu retrouver trace de l'épithélium de revêtement.

La substance médullaire est extrêmement vascularisée, mais il n'y a pas d'hémorragies interstitielles ni de processus inflammatoires. Il existe par places un peu d'œdème interstitiel qui dissout les fibres conjonctives.

La substance corticale ne présente pas de lésions considérables; seuls, les follicules de Graaf sont altérés; les ovules se colorent mal, de même que le revêtement des cellules cylindro-coniques. Quelques follicules sont cependant indemnes de toute lésion.

Partie adjacente a l'ovaire. — Elle est formé par le ligament large, la trompe et du tissu graisseux.

Les fibres musculaires du ligament large ne présentent aucune altération, les vaisseaux sont dilatés.

Les lésions importantes siègent sur la trompe.

Le revêtement épithélial de cette dernière est complètement disparu. Les vaisseaux du derme et les franges de la muqueuse sont dilatés, et il y a, par places, des hémorragies interstitielles. Par, endroits, les parois de la trompe sont déchiquetées, leur forme est méconnaissable; on trouve des foyers inflammatoires formés de cellules mono et polynucléées abondantes, et dont les noyaux sont la plupart du temps en karyolyse. Il a été impossible de constater la présence d'aucun microbe.

Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire, par M. Souligoux.

Rapport par M. F. Legueu.

Messieurs, dans une de nos dernières séances, notre collègue, M. Souligoux, nous a présenté une pièce fort intéressante. C'est

un de ces exemples, rares d'ailleurs, de la torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire.

Voici d'abord l'observation de notre collègue :

Ch. L.., vingt-neuf ans, cordonnier, entre salle Nélaton le 29 décembre 1902, pour une affection aiguë du testicule gauche.

Aucun antécédent à noter. Le malade n'a jamais eu d'urétrite. Dans la nuit de Noël, il a été pris subitement d'une douleur extrêmement vive dans la bourse gauche, sans aucune raison appréciable. Pas d'effort ni de coït avant le début des accidents. La douleur scrotale s'irradie du côté de l'aine et de la région lombaire. Puis, en quelques heures, apparaît une tuméfaction notable de la bourse gauche.

Examen le 30 décembre, cinq jours après le début de la maladie. La paroi abdominale est contractée au niveau de la fosse iliaque gauche, et la cuisse immobilisée en flexion légère sur le bassin.

On constate que la partie gauche du scrotum a le volume d'un œuf de dinde.

Au palper, excessivement douloureux, on sent une tuméfaction ovoïde, régulière, sans adhérence avec les enveloppes superficielles, et dans laquelle il est impossible de distinguer ce qui appartient au testicule et à l'épididyme. A la partie antérieure, il y a de la fluctuation, indiquant la présence d'un épanchement dans la vaginale.

Le pédicule de la bourse est tuméfié ; le cordon, douloureux, est épaissi jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. On ne peut isoler le canal déférent au milieu de cette infiltration.

En l'absence de tout antécédent urétral antérieur et de tout écoulement actuel, on ne peut songer à une épididymite blennorragique ; tout en faisant de sérieuses réserves, basées sur la brusquerie du début, l'intensité des douleurs, l'intégrité de l'appareil génital interne et l'absence de toute autre lésion bacillaire, on émit l'hypothèse d'une orchite tuberculeuse aiguë. En raison de la situation normale du testicule au fond du scrotum, l'idée ne vint pas qu'il pourrait s'agir d'une torsion du cordon.

Le malade, qui souffre beaucoup, n'a pas dormi depuis quatre jours, et n'a pas été soulagé par l'application de glace faite depuis son entrée dans le service, réclame avec insistance une intervention. On décide, croyant à une orchite, d'évacuer la vaginale et de débrider l'albuginée.

A l'ouverture de la vaginale, il sort environ trente grammes de sang liquide, avec des caillots.

Ce sont les tubes spermatiques qui font issue dans la vaginale, à travers une brèche de l'albuginée rompue spontanément.

L'incision scroto-vaginale est agrandie en haut et en bas, et immédiatement le testicule et l'épididyme sortent par la plaie, *sans qu'il ait été nécessaire de rompre aucune adhérence entre ces organes et leurs enveloppes*. On constate alors les différents points suivants :

Le testicule et l'épididyme pendent librement dans l'intérieur de la vaginale, comme le cœur dans le péricarde, rattachés à la partie supérieure de la face postérieure du sac séreux par un pédicule épais

comme le petit doigt, aplati dans le sens transversal de 4 centimètres environ. Ce pédicule descend de la paroi postérieure du sac vaginal près de son cul-de-sac supérieur. Il vient, en s'élargissant, s'insérer sur presque toute l'étendue du dos de l'épididyme. Le testicule, avec son albuginée rompue, sur une étendue de 1 centimètre, est en avant, l'épididyme en arrière. Mais celui-ci n'a pas sa disposition normale : le globus major, en effet, surmonté d'une hydatide de Morgagni, est en bas, et la queue en haut, au niveau du point où s'insère le pédicule suspenseur.

Sur ce dernier, on constate très nettement l'existence d'une torsion de 180 degrés, d'avant en arrière, de haut en bas, de dedans en dehors. Cette torsion d'un demi-tour a produit sur la séreuse qui enveloppe le pédicule des plis obliques en bas et en arrière. La face interne du testicule est en dehors. Si on remet les choses en place, en détordant le pédicule dont le plissement ne disparaît pas, on note que le testicule, avant sa rotation de dedans en dehors, était en inversion : l'épididyme tête en bas, en avant du testicule, comme si, partant de la position normale, l'appareil épididymo-testiculaire avait tourné autour de son axe transversal d'un arc de 135 degrés environ.

Le testicule, l'épididyme et la partie du cordon sous-jacente à la torsion, gorgés de sang extravasé, ont une coloration violacée presque noirâtre.

Castration après ligature du pédicule intra-vaginal.

Il n'existe aucun prolongement de la cavité séreuse, indiquant une perméabilité persistante du processus péritonéo-vaginal.

Fermeture de la plaie sans drainage.

Guérison sans incident.

Le malade n'avait jamais remarqué que son testicule gauche fût doué d'une mobilité particulière, et n'a pas souvenir que sa descente ait été tardive : il n'aurait jamais eu d'ectopie.

Examen histologique, par M. Lecène. — Il a porté sur le testicule, sur l'épididyme et sur le cordon spermatique, au point où il fut sectionné.

Le testicule est transformé en un véritable infarctus hémorragique. On reconnaît difficilement la structure de l'organe; il ne reste que les parois des tubes séminipares; leur épithélium entièrement nécrosé est impossible à colorer. Dans les espaces intertubulaires, on voit une quantité énorme de sang épanché ; les cellules interstitielles ne sont plus colorables.

L'épididyme présente à peu près le même aspect que le testicule, mais son épithélium est encore colorable et par conséquent non nécrosé. Entre les anses du canal, le tissu conjonctif est envahi, comme dans le testicule, par une infiltration hémorragique, très considérable.

Sur la coupe du cordon, on reconnaît le canal déférent qui ne présente pas de lésion. Les artères spermatique et déférentielle sont perméables. Au contraire, toutes les veines du groupe antérieur spermatique et du groupe postérieur déférentiel sont thrombosées.

Il a quelques années déjà j'ai eu l'occasion d'observer un cas

semblable ; l'observation vous fut communiquée dans la séance du 15 juillet 1896, mais M. Félizet ne fit pas le rapport sur ce fait ; j'ai pu reconstituer de mémoire cette observation fort intéressante et qui nous met en présence d'un autre type de torsion que l'observation de M. Souligoux.

Il s'agissait d'un enfant de treize ans, qui la veille au soir avait été pris d'une violente douleur à l'aine droite. A l'examen je ne trouvai pas de testicule dans la bourse correspondante. A peu près au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal, existait une tumeur arrondie, du volume d'une grosse noix. Elle semblait tenir au canal inguinal.

En l'absence de toute réaction générale, je pensai plutôt à un étranglement au niveau de l'orifice inguinal d'un testicule ectopique brusquement sorti.

J'incisai et trouvai dans le tissu cellulaire sous-cutané la tumeur collée à la paroi abdominale.

Elle m'apparut fluctuante, j'incisai ; c'était la vaginale, et dans celle-ci je reconnus le testicule blanc et l'épididyme noir. Au même moment toute la masse, vaginale et testicule, se déroulait brusquement d'un tour dans un sens opposé à celui des aiguilles d'une montre, pour reprendre spontanément sur l'aponévrose une attitude de repos. Je reconnus alors : 1° que le canal péritonéo-vaginal était perméable ; 2° qu'il n'y avait pas étranglement du testicule par l'orifice aponévrotique ; 3° mais que le cordon *tout entier avec tous ses éléments et ses enveloppes* propres s'était tordu d'un tour sur lui-même, comme par un bistournage automatique.

La torsion s'était faite à la sortie de l'anneau ; sur le cordon détordu je voyais encore les tours de spire. Cette torsion s'était sans doute produite au moment où pour la première fois le testicule franchissait l'orifice inguinal.

Je fis la cure radicale de la hernie et fixai ce testicule dans les bourses : l'enfant guérit sans incident. Quand il quitta l'hôpital, le testicule présentait une situation et un volume convenables.

Ces deux observations nous montrent en les opposant l'un à l'autre les deux types anatomiques de la torsion du cordon spermatique. La torsion, en effet, est *extra ou intra-vaginale.*

Elle est *extra-vaginale*, c'est une sorte de bistournage automatique ou spontané. Le testicule avec tous les éléments qui l'enveloppent, le testicule avec sa vaginale tourne lui-même et le cordon se tord. Cette variété est très rare : il n'y en a que quelques observations (Legueu, Barozzi). Sur le cadavre, ce bistournage est très difficile à reproduire : les adhérences du testicule avec les enveloppes communes suffisent à empêcher la rotation. Aussi pour que celle-ci se produise, est-il nécessaire que ces adhérences soient détruites ou fassent défaut. C'est ce qui est arrivé dans mon cas : la torsion s'est faite au moment où le testicule en

ectopie arrivait dans une cavité scrotale où il n'avait encore contracté aucune adhérence.

Bien plus souvent la torsion se fait *intra-vaginale* : on l'appelle alors *volvulus* (Lapointe). Ici ce n'est point le testicule qui tourne dans le scrotum, c'est le testicule qui tourne dans la cavité vaginale. Cette variété est beaucoup plus commune; elle est signalée dans presque toutes les observations publiées, ainsi qu'il résulte de la thèse récente de Rigaux (1), et du mémoire encore inédit dont Lapointe (2) a bien voulu me soumettre les épreuves.

L'ectopie n'est pas une condition nécessaire de cette rotation : près de 25 testicules sur 50 qui ont subi cette rotation occupaient dans le scrotum leur situation normale, mais cependant la torsion était préparée, condition indispensable, par des anomalies de la vaginale sans lesquelles on ne pourrait comprendre la lésion : c'est d'abord la dimension exagérée de la vaginale; c'est ensuite la suppression du mésorchium qui fait « que ce testicule pend dans la cavité vaginale comme le fruit pend à son pédicule ». La torsion se fait sur ce pédicule intra-vaginal : voilà la règle.

Et dès lors des altérations plus ou moins importantes ou rapides se développent sur le testicule ou l'épididyme suivant que la torsion est lâche ou serrée, suivant que l'étranglement porte sur les veines seules ou sur les veines et sur les artères. L'infarctus hémorragique du testicule en est en général la conséquence, mais ces altérations ne sont pas toujours assez intenses pour nécessiter la suppression du testicule.

Dans mon cas, j'ai pu me contenter de détordre la torsion et j'ai conservé le testicule en le fixant. L'opération ayant été aseptique, le malade a guéri avec un testicule normal fixé au fond des bourses. Qu'est-il devenu ultérieurement? je n'en sais rien. Il s'est peut-être atrophié : mais en tout cas, je pense que la conservation du testicule ne soulèvera aucune objection toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'accidents récents et de lésions relativement minimes. L'important est de faire une opération aussi aseptique que possible, car la moindre inoculation entraînerait la perte du testicule.

Mais, au contraire, toutes les fois que le volume ou la couleur du testicule, toutes les fois que l'albuginée indiquent une altération profonde, on doit sans regret, comme l'a fait M. Souligoux, sacrifier un testicule inutile.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser nos remerciements à

(1) Rigaux. De la torsion spontanée du cordon spermatique. *Thèse* de Montpellier, 1903.

(2) A. Lapointe. *La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule.* Paris, Maloine, 1904.

M. Souligoux pour son intéressante observation, et je vous demande de vous rappeler ses travaux lorsqu'il s'agira de combler les vides qui se sont faits parmi nous.

M. Pierre Sebileau. — Je viens d'entendre avec plaisir la communication de mon collègue Legueu. J'y ai vu la confirmation des idées que j'ai défendues dans mon article du *Traité de chirurgie sur la tortion du testicule.* Au moment où j'ai écrit cet article, je me suis trouvé aux prises, quand il a fallu décrire le mécanisme des accidents, avec des observations qui étaient pour la plupart, tout à fait incomplètes; il semblait qu'on ne se fût jamais demandé comment la torsion testiculaire pouvait se produire ni quelles dispositions anatomiques pouvaient en permettre la réalisation.

C'est par le simple raisonnement basé sur de très nombreux examens anatomiques portant sur la vaginale et le testicule de l'homme et des gros animaux domestiques que j'ai le premier établi que la rotation du testicule capable d'amener la torsion du cordon spermatique n'est en réalité possible qu'à l'une des deux conditions suivantes : 1° l'entraînement simultané, dans la torsion, du testicule et de son enveloppe pariéto-vaginale; 2° l'absence de déchirure, ou de longueur exagérée du méso scroto-testiculaire.

Ayant constaté que, chez l'homme, la torsion simultanée du testicule et de la fibro-vaginale est absolument impossible dans l'état anatomique normal des choses, j'ai conclu qu'elle ne pouvait être réalisée que par la sortie brutale, hors du canal inguinal, d'un testicule emportant avec lui une vaginale extemporanément devenue libre, laquelle, n'étant dès lors bridée par aucune attache, était capable de suivre la glande dans un mouvement de rotation éventuellement imprimé à celle-ci par la contraction violente des muscles abdominaux.

Et j'ai ainsi été amené à décrire deux variétés de torsion du cordon spermatique : 1° la torsion compliquant une ectopie, justiciable, au moins pour certains cas, de l'interprétation précédente; 2° la torsion sans ectopie, où le testicule, grâce à une anomalie du méso scroto-testiculaire, pouvait tourner dans sa cavité vaginale.

Mon ami Legueu appuie aujourd'hui de plusieurs observations ce qui, au moment où j'écrivais, ne pouvait guère être qu'une hypothèse; je m'en félicite.

M. Félizet. — Il existe une différence très grande entre le bistournage des vétérinaires et la torsion du cordon d'un testicule ectopié chez l'homme. Chez les animaux la vaginale entière est tordue avec le testicule, mais, pour obtenir cette torsion, l'opéra-

teur doit exercer une traction considérable et préalable sur le testicule.

M. Pierre Sebileau. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Félizet, et je crois qu'il faut établir une distinction. J'ai examiné et disséqué un très grand nombre de cordons, de vaginales et de testicules de cheval, de taureau et de mouton.

Il est vrai que, chez tous ces animaux, contrairement à ce qui se passe chez l'homme, le cordon est relié à la vaginale pariétale, de même que le canal déférent, par un repli mésorchial simple ou double, repli qui est assez serré chez les ovidés et les bovidés, lâche, au contraire, chez les équidés. Mais, dans toutes ces espèces, le testicule est beaucoup plus libre, beaucoup plus mobile dans la cavité vaginale qu'il ne l'est chez l'homme où le ligament orchi-gubernaculaire est court, épais, et puissamment fixateur.

C'est même dans cette opposition entre la disposition du testicule et du cordon vis-à-vis de la vaginale, chez les animaux, qu'il faut, je crois, chercher l'explication du mécanisme du bistournage.

Communication.

M. Guinard commence une communication sur *les erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire* (*appendixalgie*). Elle sera publiée intégralement dans le prochain bulletin, quand M. Guinard aura terminé sa communication.

Présentations de malade.

Lipomatose symétrique.

M. Tuffier. — Je vous présente deux malades atteints de « lipomatose symétrique » dite adéno-lipome occupant principalement les régions ganglionnaires du cou. L'un a été opéré, l'autre va l'être.

Je vous présente également la photographie du premier malade opéré âgé de cinquante-deux ans, pour que vous puissiez juger de son état antérieur qui était une véritable monstruosité. Le cou présentait un énorme jabot descendant jusqu'au niveau de la ligne mamelonnaire. Dans les parties latérales des régions occipitales existaient deux masses du volume du poing et enfin dans le creux sus-claviculaire existait une tuméfaction de même volume. Dans les régions non ganglionnaires de toute la partie postérieure du tronc se trouvaient des tuméfactions irrégulières et disséminées. Le tout étant lipomateux. La monstruosité cervicale était telle que le malade ne pouvait plus remuer le cou, d'une part, et

d'autre part il ne pouvait même plus gagner sa vie étant l'objet d'une véritable répulsion.

J'ai pratiqué successivement l'ablation de ces lipomes des régions sus et sous-hyoïdiennes et des deux régions sous-occipitales ; le résultat actuel est très bon.

Ces opérations m'ont montré un lipome diffus sous-cutané et en avant un lipome sous-musculaire au niveau du sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien de même dans les régions occipitales j'ai trouvé un lipome diffus sous cutané et un lipome profond sous-musculaire allant jusqu'au péricrâne de chaque côté. Ces extirpations furent un peu laborieuses mais sans incident, ni opératoire, ni post-opératoire. L'examen du sang du malade a montré son intégrité, et les recherches histologiques et microbiologiques faites par M. Mauté dans mon laboratoire ont prouvé que cette tumeur était lipomateuse sans trace de tissu ganglionnaire ; et même au cours de l'intervention chirurgicale j'ai enlevé un petit ganglion trouvé sur mon chemin ; il est normal macroscopiquement et microscopiquement. Cette tumeur qu'on pourrait prendre pour un adéno-lipome n'est que du lipome diffus symétrique, conclusion à laquelle est arrivé également M. Debove dans une leçon clinique faite à propos de ce malade.

Le deuxième malade est atteint comme vous voyez de la même affection, ses difformités cervicales sont un peu moins accentuées, mais chez lui les accidents sont d'un tout autre ordre. Examiné dans le service du professeur Debove, radioscopé à Beaujon, il a été cliniquement et physiologiquement reconnu par son distingué chef de clinique, M. Sainton, comme atteint d'une tumeur du médiastin avec compression nerveuse.

Chez lui, vous voyez que les lipomes sus-sternaux et sus-claviculaires sont beaucoup plus durs et rappellent le fibro-lipome. De plus, on constate qu'ils s'enfoncent derrière le sternum où leur consistance explique les phénomènes de compression du côté du médiastin. Dans ces conditions la question se pose d'une intervention qui n'est plus comme dans le cas précédent une intervention dans un but esthétique, mais véritablement il y a là une indication vitale. C'est à titre de curiosité que je vous ai présenté ces deux malades et c'est en même temps pour vous montrer combien on peut être facilement trompé, croyant qu'il s'agit là d'une infection primitive des ganglions lymphatiques à cause de la localisation de la maladie. Il n'en est rien. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les nombreux travaux faits sur cette question et pour laquelle ces deux observations sont de véritables documents.

M. Paul Reclus. — Je voulais justement protester contre le mot

d'adéno-lipome prononcé par mon collègue M. Tuffier. Un malade que j'ai opéré il y a deux ans, à Laënnec, avait des tumeurs volumineuses dans la région cervicale, région à ganglions, mais aussi dans la région thoracique postérieure, région sans ganglions. Et les tumeurs enlevées, aussi bien celles de la région cervicale que celles de la région thoracique, ne contenaient pas de tissu adénoïde ainsi que l'a démontré l'examen histologique.

M. Schwartz. — J'ai opéré samedi dernier un lipome diffus de la région sushyoïdienne médiane. Je n'ai trouvé là aucun ganglion.

Il s'agissait ici d'un lipome diffus s'insinuant dans et entre les muscles.

Ce malade portait, en outre, un lipome diffus de la région antérieure du thorax. Je ne puis admettre là une origine ganglionnaire.

M. Lejars. — J'ai enlevé aussi, en 1894, à la Pitié, une masse lipomateuse de cette nature, qui occupait le côté gauche de la nuque et du cou; je ne trouvai aucun ganglion et l'examen qui fut fait n'en montra pas non plus.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de la question pathogénique, il ne semble pas qu'un grand avenir soit réservé à ces extirpations, en dehors des cas où l'on doit parer à des accidents locaux.

M. Le Dentu. — Je puis ajouter mon expérience à celle de tous nos collègues, j'ai vu et opéré un cas de ce genre et les ganglions étaient intacts.

M. Tuffier. — Je vois que nous sommes tous du même avis. Les lipomes diffus des régions ganglionnaires, lipomes symétriques, ne s'accompagnent généralement pas d'altérations ganglionnaires. Comme M. Reclus, je sais que ces lipomes peuvent siéger en des régions non ganglionnaires, et le malade que je vous présente en est une preuve, vous voyez les nombreux lipomes qu'il présente dans la région dorsale. Si je vous l'ai montré, c'est que j'ai moi-même présenté autrefois un énorme lipome susclaviculaire contenant à son centre un ganglion caséeux, c'est là une exception.

Quant aux interventions dans ces cas, elles sont fatalement difficiles et incomplètes, mais malgré cela elles peuvent être indiquées dans deux cas : 1° Lorsque le malade est un véritable monstre, qui ne peut plus se présenter nulle part, comme c'était le cas pour mon premier malade. 2° Quand il existe des troubles fonctionnels graves comme c'est le cas pour mon second malade.

M. Lyot. — J'ai observé, il y a trois ans, un malade qui était dans un état analogue à ceux que vient de nous présenter M. Tuffier.

Par l'emploi de la thyroïdine il a été considérablement amélioré au point de vue du volume de la tumeur et de la gêne respiratoire qu'elle provoquait, si bien qu'il put quitter l'hôpital au bout de trois semaines de traitement sans accepter l'opération qui lui avait été proposée à son entrée. Toutefois je n'ai pas revu ce malade et je ne saurais dire si l'amélioration s'est maintenue.

Déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie abdominale. Ligature du tronc au-dessus et au-dessous de la déchirure. Guérison sans incident.

M. Henri Hartmann. — La malade que je vous présente a été opérée le 23 novembre dernier d'une volumineuse pyonéphrose fermée. Au cours de la décortication de la masse faite par la voie antérieure, transpéritonéale, j'ai déchiré la veine cave sur son bord latéral droit dans une longueur de 3 centimètres. La compression digitale, exercée directement sur la déchirure, ayant arrêté immédiatement l'hémorragie, je pus constater que cette déchirure longitudinale se terminait supérieurement à 3 centimètres au-dessous du pédicule rénal. Dans ces conditions je crus que le plus simple était de lier immédiatement le gros tronc veineux au-dessus et au-dessous de la déchirure. La guérison se fit sans incident, bien que la malade fût âgée de cinquante-six ans. C'est tout au plus si, depuis qu'elle se lève, elle a un très léger œdème malléolaire le soir.

Les observations de guérison après déchirure de la veine cave inférieure ne sont pas fréquentes, c'est pourquoi il m'a semblé intéressant de vous présenter cette malade.

L'absence d'œdème à la suite de la ligature de ce gros tronc veineux s'explique facilement par l'importance des voies de suppléance qui existent au niveau du rachis et que notre collègue Walther a si bien étudiées il y a quelques années. Aussi me semble-t-il qu'en présence d'une déchirure latérale de la veine cave, la pratique de la ligature du tronc au-dessus et au-dessous est la meilleure ligne de conduite, une fois que l'on s'est assuré que ces ligatures ne portent pas sur la région du pédicule rénal.

Il est évident que si la déchirure correspond à l'implantation de la veine rénale, on ne peut agir ainsi, car on supprimerait du même coup la circulation du seul rein existant, et qu'alors il faut tenter la suture latérale de la déchirure.

M. Tuffier. — Je ne sais pas si la ligature de la veine cave inférieure ne devrait être faite qu'en dehors du segment veineux correspondant à l'embouchure des veines rénales. Peut-être cette ligature pourrait-elle être tentée au niveau même de ce segment.

J'ai pratiqué expérimentalement et dans un grand nombre de cas la ligature de la veine rénale et le rein correspondant ne paraissait pas altéré. Nous avons étudié, mon ami M. Lejars et moi, les voies collatérales veineuses de suppléance après cette ligature.

Présentation de pièce.

Kystes dermoïdes des deux ovaires.

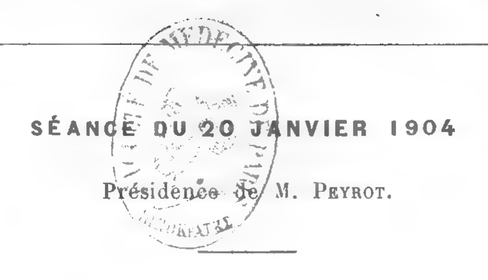
M. POTHERAT. — J'ai plusieurs fois apporté ici des pièces anatomiques montrant chez une même femme la coexistence de kystes de l'ovaire droit et de l'ovaire gauche. Cette coexistence, dans tous les cas que j'ai présentés ici, était simultanée, quoique de développement le plus habituellement inégal.

C'est encore un cas analogue que je vous apporte actuellement. Il s'agit, vous le voyez, d'un grand, très grand kyste de l'ovaire. C'est bien un kyste dermoïde, car dans un point de sa paroi, sur un mamelon charnu, ressemblant à une portion de cuir chevelu, il y a un fort paquet de poils adhérents, *noirs* comme les cheveux de la malade. De plus, au milieu du liquide louche qui remplissait ce kyste (7 litres environ) flottaient de nombreuses masses de matières sébacées, concrètes, et dont quelques-unes, vous le voyez, sont restées adhérentes à la paroi du kyste.

C'est donc bien là un kyste dermoïde. Or, et c'est là l'intérêt de l'observation, j'ai enlevé ce kyste il y a cinq jours, dans mon service de l'hôpital de Bon-Secours à une jeune fille de trente et un ans; il provenait de l'ovaire droit, il était absolument libre de toutes adhérences avec les organes du voisinage. Eh bien, j'avais déjà opéré cette jeune fille à l'âge de quinze ans (il y a donc seize ans) dans le service de Horteloup, à Necker, d'un très volumineux kyste de l'ovaire gauche, lequel présentait dans son intérieur matières sébacées, poils, pièces osseuses et dents et était donc bien lui aussi un kyste dermoïde. J'avais examiné l'ovaire droit et n'avais rien constaté d'anormal, cela à ma grande satisfaction, puisque cela me permettait de laisser un ovaire à cette jeune fille. Ce nouveau fait vient donc s'ajouter aux autres faits déjà publiés de kystes dermoïdes des deux ovaires; il n'éclaire pas d'une lueur nouvelle la pathogénie encore discutable et discutée des kystes dermoïdes ovariens. Mais il ajoute un document de plus à l'histoire de ces productions pathologiques.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 20 JANVIER 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal des deux dernières séances est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Des lettres de MM. DELORME, ROCHARD et BAZY qui, pour raison de santé, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une observation de M. REYNÈS (de Marseille) intitulée : *Cancer du sein et castration ovarienne*. L'observation de M. REYNÈS est renvoyée à une commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

4°. — Une lettre de M. CHANTEMESSE, président du Congrès français de climatothérapie, manifestant le désir d'avoir un représentant officiel de la Société de Chirurgie à la prochaine session qui doit se tenir à Nice le 3 avril prochain.

A l'occasion du procès-verbal.

ERRATUM. — Dans le Bulletin du 19 janvier (t. XXX, n° 2), page 53, 20e ligne, dans la réponse de M. Pierre Sebileau à M. Legueu, au lieu de : « 2° *l'absence de déchirure ou de longueur exagérée du méso séro-testiculaire* », lire : « l'absence, la déchirure ou la longueur exagérée du méso scroto-testiculaire ».

Allocution de M. Kirmisson, président sortant

Messieurs,

Par suite de circonstances indépendantes de la volonté de votre bureau, la séance annuelle qui devrait avoir lieu aujourd'hui est remise à quinzaine. Mais, pour rester fidèle à notre règlement qui dit que le Bureau nouvellement nommé doit entrer en fonctions dans la troisième séance de janvier, je prie mon cher collègue et ami M. Peyrot de prendre place au fauteuil présidentiel. Je ne puis quitter la présidence sans vous adresser, mes chers collègues, tous mes remerciements pour le très grand honneur que vous m'avez fait en m'y appelant. Je tiens surtout à vous remercier de m'avoir rendu ma tâche si facile et si agréable par votre courtoisie.

Allocution de M. Peyrot, nouveau président

Mes chers collègues,

Vous me permettrez de ne pas insister longuement sur les remerciements que je vous dois. Il n'est personne d'entre vous qui ne tienne à honneur de passer par le fauteuil où je vais m'asseoir. Ce couronnement de la carrière chirurgicale que nous recevons de nos pairs a une signification plus haute que beaucoup de distinctions fiévreusement recherchées. Pour ma part, je l'apprécie vivement et je vous remercie de tout mon cœur de me l'avoir donnée.

Les fonctions que vous m'avez confiées ne sont pas de celles qui exposent leur dépositaire à des corvées ennuyeuses, parfois pénibles. A diriger vos travaux je ne me promets que plaisir et joie. Votre activité me réjouit, votre ardeur me réchauffe, et à vivre parmi les jeunes collègues que j'ai vus grandir autour de nous je sens s'amoindir le poids des années.

Les traditions de courtoisie et je puis le dire de bonne camaraderie qui règnent ici ont toujours rendu facile la tâche de vos présidents. Comment la mienne ne le serait-elle pas, puisque je puis compter sur vos cordiales sympathies, comme vous comptez vous-même, sur ma vieille affection.

Communications.

Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (Appendicalgie),

par M. A. GUINARD.

Depuis trois ans que j'ai un service à la maison Dubois, j'ai été frappé du nombre d'erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire. La clientèle des services de la maison Dubois diffère notablement de celle des autres services hospitaliers. Il s'agit presque toujours de malades appartenant à un milieu différent de celui où se recrutent les opérés des hôpitaux ordinaires; les malades des hôpitaux arrivent en général dès le début de leur mal, et nous pouvons faire un diagnostic sur des sujets vierges d'examens antérieurs; à Dubois, au contraire, le malade, avant d'entrer, a reçu des soins plus ou moins prolongés d'un médecin de la ville; souvent il a vu un ou plusieurs chirurgiens, et nous arrive avec une consultation écrite, avec une ou plusieurs lettres de confrères et de collègues. En général, il a « son diagnostic » tout fait, et vient demander « à être opéré » pour telle ou telle affection : il désigne même « son opération ».

Un malade à qui je demandais récemment pourquoi il entrait à la maison Dubois me répondit : « Pour me faire faire un anus iliaque ». Il avait en effet un cancer du rectum et nos collègues Hartmann et Sebileau l'avaient renseigné sur le traitement.

C'est sans doute grâce à ces circonstances spéciales que j'ai pu voir combien l'appendice est souvent la source des erreurs les plus intéressantes, commises par des médecins et des chirurgiens des plus avisés et des plus justement estimés.

Je ne veux pas parler de l'appendicite avec crises, de cette affection bruyante qui nous hypnotise tous et sur laquelle l'attention est si généralement en éveil, que souvent les malades eux-mêmes font le diagnostic avant l'arrivée du médecin.

Les faits que je vise ici ressortissent à ce qu'on a appelé « l'appendicite chronique sans crises » qui est bien connue ; mais, selon moi, on n'a pas assez attiré l'attention sur le degré le plus atténué de cette affection, dans lequel on ne trouve absolument qu'un symptôme pour se guider : la douleur abdominale. C'est même pour souligner cette modalité clinique que je parle d'*Appendicalgie,* mot qui ne préjuge en rien la nature du mal, et qui indique bien son origine, tout en n'effrayant pas les malades et leur entourage.

Ce travail était écrit lorsque s'est ouverte sur ce sujet une discussion à la Société médicale des hôpitaux. M. Siredey dit

« appendicite fruste ou appendicite larvée », M. Dalché parle « de pseudo-appendicite ». Mon néologisme d'Appendicalgie me paraît préférable, car il appelle l'attention sur le symptôme douleur qui est souvent le seul élément du diagnostic (1).

Dans toutes les observations que je vais citer, les lésions ne sont pas identiques, si parfois ce sont des lésions d'appendicite chronique. Le plus souvent, elles paraissent si insignifiantes qu'on est vraiment surpris de voir toute douleur disparaître après l'ablation d'un organe qui semblait à peine malade.

Tantôt c'est une petite bride du méso-appendice qui coude l'organe et s'oppose sans doute à la circulation normale des sécrétions appendiculaires. On trouve alors le canal rempli de liquide sanieux, et on voit à la coupe que la muqueuse diffère d'aspect en deçà et au delà de la bride.

Tantôt l'appendice est long et gorgé de matières fécales plus ou moins moulées sur son calibre.

Tantôt enfin, les lésions de la muqueuse se traduisent simplement à la vue par ce piqueté hémorragique que tous les chirurgiens connaissent bien. Je ne parle, bien entendu, que des lésions les plus simples. A un degré de plus, on trouve des traces bien nettes d'appendicite chronique, avec des adhérences aux organes voisins, aux annexes droites chez la femme, à la fin de l'iléon, etc. Le seul symptôme, je le répète, est la douleur, quelle que soit la forme anatomique de la lésion.

Et cette appendicalgie ne s'accompagne pas d'ordinaire de crises bruyantes, ni de symptômes intestinaux. Il n'y a pas d'entérite muco-membraneuse, pas de constipation opiniâtre, pas de douleurs du cadre colique ; il n'y a rien en somme le plus souvent qui puisse attirer l'attention du côté de l'appendice, — sauf la douleur. Et cette douleur que le malade localise à droite, avec de fréquentes irradiations à gauche et dans tout l'abdomen, n'a pas toujours son siège objectif au point de Mac Burney. Je l'ai souvent trouvée beaucoup plus bas, près de l'arcade crurale et même près du pubis, ce qui est encore une cause d'erreur : mais une fois son siège déterminé par la pression du doigt, on est assuré de la retrouver toujours au même point. « C'est comme si on pressait sur un bouton électrique », nous disait une de mes malades. Le caractère objectif de l'appendicalgie est donc la fixité

(1) Je reconnais que ce mot est mal construit, puisqu'il est formé de grec et de latin. Je devrais dire « prosphysalgie » de προσφυσις, appendice. Cependant, appendicalgie sera plus aisément compris de tous, et d'ailleurs notre vocabulaire fourmille de mots du même genre. Je disais au début « appendixalgie », et c'est sur une remarque très juste de M. Kendirdji que je propose « appendicalgie » plus régulièrement construit avec le génitif *d'appendix*.

immuable du point douloureux sur un sujet donné, mais ce siège peut varier d'un malade à un autre, sans jamais s'éloigner beaucoup de la région iléo-cæcale.

Supposons maintenant qu'un malade atteint d'appendicalgie présente dans l'abdomen une grosse lésion qui « crève les yeux », si on me passe cette expression : c'est à cette grosse lésion qu'on s'adressera naturellement, en lui attribuant les douleurs qui, en réalité, viennent de l'appendice, et, l'opération faite, le malade continuera à souffrir.

Voici un exemple topique à l'appui de ce que j'avance. Le fait est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de la mère d'un de nos confrères, et qu'elle a été, par conséquent, suivie de très près avec une sollicitude et une compétence spéciales.

Je remercie mon interne zélé, M. Capette, qui m'a aidé dans mes recherches et dans la rédaction des observations qui vont suivre.

Mme Louise V... est âgée de cinquante et un ans. Depuis 1897, elle « souffre de l'estomac ». On a diagnostiqué des coliques hépatiques, le régime lacté a été prescrit, et la malade est allée à Vichy sans obtenir d'amélioration. Depuis mars 1902, les douleurs sont incessantes dans l'abdomen ; ce sont de véritables douleurs de coliques, qui parfois rendent la marche impossible; la malade est obligée de se courber en avant pour se soulager. En août 1902, consultation chez un chirurgien, qui, par le toucher vaginal, trouve un fibrome utérin, et attribue tout naturellement les symptômes douloureux à cette tumeur.

L'hystérectomie abdominale est donc pratiquée aussitôt dans une ville du Centre par un des plus distingués chirurgiens de province. Résultat opératoire parfait... mais « l'estomac reste douloureux » et en mars 1903 l'état de la malade est redevenu exactement ce qu'il était avant l'hystérectomie. Le chirurgien accuse alors la possibilité de quelques adhérences épiploïques et conseille d'attendre. La malade vient alors à Paris avec son fils, et, en l'examinant à nouveau, on constate qu'elle porte depuis trois ans une hernie crurale droite. Les douleurs abdominales sont dès lors attribuées à cette hernie, et la malade m'est amenée dans mon service de la maison Dubois en juillet 1903 *pour être opérée de sa hernie.*

Je fis le diagnostic d'appendicite chronique et j'allai droit sur l'appendice. Le sac herniaire était déshabité, très tendu par un liquide citrin; et voici la note écrite et relevée par mon interne M. Capette au moment de l'opération le 9 juillet 1903. « L'appendice est coudé au niveau de sa partie moyenne par une adhérence solide. Il est turgescent et un peu bosselé. Il est rempli par une

bouillie fécale, d'aspect purulent, contenant une graine de fraise et un petit éclat de métal. La muqueuse est parsemée d'un piqueté hémorragique, et en trois points on voit une petite ulcération à bords ecchymotiques; sur un centimètre et demi d'étendue la portion terminale est sclérosée et oblitérée.» La guérison a été parfaite.

Ainsi voilà des douleurs abdominales qui sont attribuées successivement à une affection de l'estomac, à des coliques hépatiques, à un fibrome utérin, à une hernie crurale droite. Il s'agissait en réalité d'une appendicalgie. Cela m'amène à parler des hernies.

Hernies douloureuses et appendicalgie. — Je pense avoir le premier attiré l'attention sur les erreurs d'interprétation pathogénique des douleurs abdominales dans les hernies du côté droit (voir mon article « appendicite » du *Traité de Chirurgie*). J'ai publié en 1898 dans la *Thèse* du Dr A. de Pindray, deux faits de coexistence de l'appendicite chronique avec une hernie droite. Cette année même, mon interne M. Capette relève trois cas nouveaux dans mes observations depuis le 1er mai 1903, indépendamment de l'observation publiée plus haut.

Louise D... (de Levallois-Perret), âgée de vingt ans, m'est envoyée à la Maison Dubois pour « être opérée d'une hernie crurale droite » dont elle souffre depuis un an. Or, en l'interrogeant, j'apprends que sa hernie date de cinq ans; elle a le volume d'un petit œuf et elle se réduit très aisément. Les douleurs *sont surtout vives au moment des règles* et existent même quand la hernie est maintenue, bien réduite par un bandage. Point douloureux fixe à la pression au-dessus de l'arcade crurale. J'opère le 14 mai 1903 avec le diagnostic d'appendicalgie, et je trouve l'appendice adhérent derrière le cæcum; il est coudé deux fois, gros comme un crayon, violacé. Ses parois sont épaisses; la muqueuse est criblée d'un piqueté hémorragique et légèrement fongueuse. Guérison parfaite.

Une deuxième observation toute récente est un peu différente, mais doit cependant prendre place ici. Il s'agit d'un homme obèse âgé de quarante-neuf ans qui est encore dans mon service à la maison Dubois où il est entré pour « se faire opérer » d'une hernie inguinale droite du volume des deux poings. Cette hernie date de vingt-cinq ans, et comme je demandais au malade s'il en souffrait et si ce n'était pas pour des douleurs qu'il se décidait à l'opération, il affirma qu'il ne se plaignait que d'une gêne croissante. J'écartai donc le diagnostic d'appendicalgie. Au cours de la cure radicale de la hernie, avec mon interne M. Capette, après avoir réséqué une énorme masse épiploïque, j'aperçus dans la profondeur le

cæcum et j'eus l'idée de rechercher l'appendice. A mon grand étonnement, il avait la longueur inaccoutumée de dix-huit centimètres et il contenait cinq ou six boulettes calculeuses. Ses parois étaient épaisses et il avait le volume d'un gros crayon. Je l'enlevai, bien entendu, et à la coupe la muqueuse était couverte d'ecchymoses. Le lendemain, je recommençai l'interrogatoire du malade et j'allais le cesser sans avoir obtenu l'aveu de « douleurs herniaires », lorsque l'opéré nous dit : « Je n'ai jamais été malade de ma vie — sauf que je suis sujet à des coliques néphrétiques, *du côté droit.* » Mon médecin, a-t-il ajouté, *m'a dit* que j'avais de la gravelle. Je pense que ces prétendues coliques néphrétiques n'étaient que de l'appendicalgie et ne reparaîtront plus.

Voici maintenant une malade de quarante-cinq ans, de Bourg-la-Reine, Jeanne D..., que j'ai opérée le 23 septembre 1903 dans mon service. Depuis deux ans elle avait une hernie crurale droite, toujours difficilement réductible, du volume d'un petit œuf; depuis quatre mois « elle » est devenue si douloureuse que la malade a dû rester un mois au lit, sans jamais avoir eu de vomissements, ni fièvre. Je trouve ici encore un point douloureux fixe beaucoup plus bas que le point de Mac Burney, tout près de l'arcade crurale. L'opération me donna un appendice notoirement cause des douleurs qui avaient conduit la malade au médecin. Il était coudé à sa partie moyenne par une bride du méso-appendice, et le cæcum était collé contre l'anneau herniaire, ce qui explique pourquoi le point douloureux siégeait si bas. A la coupe on voyait le siège de la coudure au delà duquel le canal était renflé, puis rétréci de nouveau sur une étendue de un centimètre et renflé de nouveau en massue jusqu'à sa partie terminale. Il était absolument vide. C'était bien là une appendicite chronique méconnue.

Dans tous ces cas, la hernie, *grosse lésion visible et palpable*, accapare l'attention, et si on se borne à faire une cure radicale, les douleurs prsistent après l'opération.

Le 10 janvier 1902, j'ai opéré dans mon service une malade de trente-neuf ans, Eugénie R..., qui « souffrait de l'estomac » depuis plusieurs années et qui était soignée pour de la dyspepsie. En l'examinant soigneusement, je découvris une hernie graisseuse para-ombilicale, du volume d'un gros œuf de pigeon, et je n'hésitai pas à attribuer toutes les douleurs accusées par la malade à cette hernie ad-ombilicale. J'en ai donc fait la cure radicale et tout s'est passé correctement... mais voici que la malade me revient en septembre 1903, se plaignant des mêmes douleurs qu'avant l'opération, et je peux affirmer cliniquement qu'il s'agit d'appendicalgie, car je trouve le point douloureux fixe, très nettement. Si

je ne l'ai pas vu au moment de mon opération, c'est que je me suis laissé hypnotiser par la hernie ad-ombilicale. Cela ne m'arrivera plus.

Depuis la rédaction de ce travail, j'ai opéré la malade à l'hôpital Saint-Louis, dans mon nouveau service, et j'ai ainsi vérifié mon diagnostic d'appendicalgie. J'y ai vu en même temps une malade qui, opérée il y a neuf ans par M. Terrier pour une salpingite double, venait me trouver pour des douleurs abdominales qu'elle ressent depuis quatre mois. Elle attribuait ses douleurs avec son médecin à une éventration; nous trouvions en effet au milieu de sa cicatrice une hernie graisseuse du volume d'une grosse noix. Ce n'est que sur la table d'opération, au moment où on allait commencer l'anesthésie, que j'ai pensé à l'appendicalgie. Bien m'en a pris, car l'appendice était très malade : criblé de folliculite hémorragique, et je suis convaincu que si je m'étais borné à guérir l'éventration, les douleurs auraient persisté.

L'erreur, en somme, est facile à éviter : il suffit d'être averti et d'y penser. J'ajouterai qu'une hernie qui se réduit bien n'est *en général* pas douloureuse et que le fait seul de voir les douleurs persister malgré une bonne contention par un bandage doit faire penser à l'appendicalgie (quand la hernie siège à droite, bien entendu).

Fibrome utérin et appendicalgie. — J'en dirai autant pour les fibromes de l'utérus. Depuis que j'ai l'attention attirée sur ces faits, j'ai examiné à ce point de vue spécial les fibromes qui sont venus à mon observation. J'ai pu voir que les fibromes douloureux sont en minorité. Les malades qui ont des fibromes viennent au chirurgien pour des hémorragies, pour des phénomènes de compression (surtout du côté de la vessie), pour l'augmentation de volume du ventre et pour la gêne due au poids et au volume de la tumeur.

Quelques-unes seulement ont de véritables douleurs, et je me suis assuré que chez ces malades, c'est presque toujours la coexistence d'une lésion appendiculaire qui est la véritable cause des douleurs, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait de la salpingite en même temps. Pour la malade dont j'ai raconté plus haut l'histoire, la preuve est péremptoire puisque l'hystérectomie n'a pas fait disparaître les douleurs. Mais examinez les malades qui souffrent de leur fibrome, et vous verrez que neuf fois sur dix il y a de l'appendicalgie concomitante. J'ai fait cet examen attentivement depuis que cette question me préoccupe. Voici ce que j'ai constaté pour les 42 dernières malades que j'ai opérées de fibromes utérins. Dix-huit seulement de ces 42 malades se plaignaient de

douleurs abdominales; deux n'avaient aucun symptôme subjectif; 12 étaient amenées par des métrorragies plus ou moins abondantes, et 5 avaient surtout des symptômes vésicaux. Enfin 5 d'entre elles se plaignaient seulement du volume et du poids de la tumeur.

Sur les 18 malades qui souffraient de leur fibrome, l'opération a montré que l'une d'elles avait, en outre, un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, et que quatre autres avaient une salpingite suppurée concomitante. Une sixième malade avait été opérée trois ans auparavant par M. Segond pour un kyste de l'ovaire et avait au bas de sa cicatrice une éventration qui pouvait bien être la cause des douleurs. Pour les 12 autres, c'est l'appendice qui était en cause. Une seule fois sur ces 12 appendicalgies, j'ai enlevé un appendice seulement suspect par sa longueur anormale. Si je supprime ce cas douteux, il m'en reste 11 sur 18 malades, ce qui est un chiffre considérable.

En somme, le fibrome n'est pas douloureux par lui-même, et j'ai présenté ici même un fibrome utérin phénoménal qui pesait 66 livres et n'incommodait la malade que par son poids et son volume. Lors donc qu'on se trouve en présence d'une malade qui souffre dans le ventre et qui a un fibrome, il faut penser à l'appendicalgie, même quand il n'y a aucun passé intestinal. Et comme conclusion, j'ajoute qu'on ne saurait trop répéter qu'il faut toujours examiner l'état de l'appendice quand on fait une hystérectomie abdominale, et, s'il s'agit d'un fibrome *douloureux*, alors qu'on ne trouve rien dans les annexes qui explique les douleurs, on réséquera l'appendice pour peu qu'il ne soit pas correct (longueur anormale, volume anormal, boulettes fécales ou petits calculs dans sa cavité, adhérences ou coudure légère, etc.). C'est bien, je crois, une pratique qui se généralise de plus en plus, mais il n'est pas inutile de le répéter, puisque récemment encore j'ai enlevé un appendice malade à une femme opérée antérieurement d'hystérectomie abdominale pour un fibrome douloureux, par un de nos collègues les plus estimés. Voici mes six dernières observations, qui se résument ainsi :

I. Marie D..., âgée de quarante ans, est opérée dans mon service de la maison Dubois le 28 octobre 1903. Elle a un volumineux fibrome « douloureux » à plusieurs lobes sous-péritonéaux, avec des pertes depuis trois ans. L'appendice est enfoui dans des adhérences graisseuses : il est retenu coudé, à 2 centimètres de son extrémité, par des adhérences si solides qu'on doit se servir des ciseaux pour les détruire. Muqueuse malade dans sa moitié terminale, c'est-à-dire au delà de la coudure.

II. Jeanne I..., âgée de quarante-trois ans, est opérée le 9 mai 1903 dans mon service de la maison Dubois.

Elle a, depuis l'âge de vingt-cinq ans, des douleurs dans le ventre et des métrorragies. Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle ne se décide à l'intervention chirurgicale que parce que les douleurs abdominales « que son médecin attribue à son fibrome » augmentent. La tumeur a le volume d'une tête d'enfant. L'appendice contient deux boulettes fécales allongées baignant dans du pus rougeâtre; deux centimètres de son extrémité libre sont sclérosés et oblitérés; sur le reste, la muqueuse est violacée, fongueuse.

III. Thérèse T..., institutrice, âgée de quarante ans, entre dans mon service en mars 1903. Je l'opère le 21 mars pour un fibrome utérin douloureux ne donnant pas de métrorragies. Plusieurs petits fibromes étaient appendus en grappe sous le péritoine. L'appendice est long démesurément, mais peu malade en apparence. J'en fais l'ablation « parce que je ne trouve pas autour de l'utérus de quoi expliquer les douleurs ».

IV. Berthe B..., âgée de trente-neuf ans, souffre depuis « des années » dans le ventre; elle vient me consulter en juillet 1902 parce que, depuis quatre mois, les douleurs augmentent. Son médecin attribue naturellement ces douleurs à un fibrome utérin qui a le volume d'une tête de fœtus à terme. Opération dans mon service le 16 juillet 1902 à la maison Dubois. Je fais une subtotale simple, et, trouvant l'appendice d'une longueur anormale avec les parois épaisses et injectées, je n'hésite pas à l'enlever. Il contient cinq ou six boulettes fécales avec un pépin de raisin et une graine de fraise; il y a, en outre, une véritable folliculite ulcéreuse avec des placards hémorragiques.

V. Mme Aug. L..., âgée de quarante ans, m'est amenée en juin 1902 par le Dr Doré : elle n'a jamais « gardé le lit que pour ses couches », nous dit-elle, mais elle a souvent des vomissements glaireux et des troubles gastriques avec des douleurs irradiées dans tout le ventre. Trouvant un fibrome utérin du volume du poing, je pratique le 23 juin 1902 une hystérectomie subtotale. Les annexes sont saines, mais, en examinant l'appendice, je trouve qu'il est gros et court, épais, scléreux, grisâtre : il n'a pas plus de deux centimètres de long. Je l'enlève en détruisant de solides adhérences à la face postérieure du cæcum. A la coupe, on voit qu'il est transformé en un gros cordon fibreux avec de petits intervalles dans lesquels il y a un peu de liquide, véritables petits kystes fermés. Il est bien évident que c'était là la cause des douleurs ressenties depuis si longtemps.

VI. — Mme Jeanne N..., âgée de quarante-quatre ans, m'arrive en juillet 1902 pour des fibromes utérins si douloureux qu'on a pensé

plusieurs fois à des coliques néphrétiques concomitantes. Les douleurs sont devenues intolérables, surtout depuis un mois. Ici, on ne peut pas dire que l'appendice était seul en cause pour expliquer ces douleurs, car il y avait aussi de la salpingite suppurée. Je fis le 9 juillet 1902 une subtotale pour enlever un utérus bourré de volumineux fibromes. Des adhérences très serrées unissaient l'intestin et l'épiploon aux trompes et à l'utérus, et je dus même faire une suture rectale sur une déchirure résultant de mes manœuvres pour libérer la poche salpingienne suppurée. L'appendice enlevé est très malade, son extrémité terminale forme une ampoule grise et scléreuse, dans la cavité de laquelle il n'y a rien qu'une muqueuse épaisse et mollasse. Le reste de l'appendice contient un calcul fécal de deux centimètres de long.

Ici, je crois pouvoir interpréter les faits, pièces en mains, en disant que les prétendues crises de coliques néphrétiques étaient de l'appendicite, et que les douleurs du dernier mois étaient dues à la salpingite.

J'ajoute comme corollaire que *je n'ai jamais eu à enlever l'appendice au cours d'une hystérectomie pour fibrome utérin indolore.*

Ne serait-il pas intéressant, en multipliant les observations plus que je n'ai pu le faire en si peu de temps, de savoir si véritablement les douleurs ne sont jamais dues au fibrome lui-même? On serait ainsi conduit à enlever l'appendice, pour peu qu'il ne soit pas normal, quand les annexes sont reconnues indemnes, au cours d'une hystérectomie abdominale.

Kystes de l'ovaire et appendicalgie. — Tout ce que je viens de dire des fibromes utérins peut s'appliquer aux kystes multiloculaires de l'ovaire.

Voici une malade, Joséphine V., âgée de trente-neuf ans, opérée par notre collègue M. Morestin dans mon service le 28 juillet dernier. Il s'agissait d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire droit à contenu colloïde ; la malade se plaignait de vives douleurs à droite. M. Morestin fit l'ablation de l'appendice qui était très adhérent au pédicule du kyste et d'une longueur anormale.

Voici enfin une malade de vingt-quatre ans, Lucie D..,, que j'ai opérée à la maison Dubois le 23 juin 1903. Cette malade soignée en ville par mon ami le D[r] Lelong avait deux kystes dermoïdes des ovaires ; la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic et donnait de vives douleurs.

Les annexes des deux côtés enlevées avec les poches dermoïdes, je trouve un appendice long, gros, terminé en massue. A la coupe il est rempli d'une bouillie noirâtre contenant une vingtaine de

graines de fraises. Je reste convaincu que c'est encore l'appendice qui était la source des douleurs.

Nous avons tous vu des kystes énormes ne provoquer aucune douleur. Comme pour les fibromes, il est donc formellement indiqué de vérifier l'état de l'appendice au cours de l'ovariotomie pour kyste douloureux, surtout quand il n'y a ni torsion du pédicule ni salpingite concomitante.

Salpingite et appendicalgie. — Ici, je n'insiste pas. De nombreux travaux, la *Thèse* de M. Barnsby en particulier, ont montré la coexistence fréquente de la salpingite et de l'appendicite chronique. Pour cette année seulement, j'en relève douze cas dans ma pratique.

Pour en finir avec les annexes, je citerai encore ces fameux ovaires scléro-kystiques qu'on a peut-être un peu trop souvent enlevés il y a quelques années. J'imagine que les douleurs qu'on leur attribuait étaient le plus souvent dues à l'appendice. J'ai opéré dans mon service le 20 avril dernier une malade de vingt-quatre ans, Clémence L..., qui m'était amenée par le Dr Perregaux. Cette malade a été opérée par un de mes prédécesseurs à la maison Dubois, il y a cinq ans, *pour des douleurs abdominales*. On a enlevé à gauche les annexes avec « un ovaire scléro-kystique », et les annexes droites paraissant saines ont été respectées. Les douleurs après l'opération ont continué comme avant et n'ont jamais cessé depuis cinq ans. Je diagnostiquai de l'appendicalgie, et de fait j'ai guéri radicalement la malade en lui enlevant un long appendice coudé en son milieu par une bride, et macroscopiquement très malade, bien qu'il n'y eût jamais eu la moindre crise aiguë. Il contenait plusieurs boulettes fécales durcies et un calcul phosphatique emprisonné dans l'extrémité terminale de l'appendice ; ce calcul ressemblait à s'y méprendre à un gros pépin de raisin, avec des couches concentriques à la coupe.

Je n'incrimine en rien le chirurgien qui a opéré il y a cinq ans ; c'est un de nos collègues les plus estimés ; mais je puis bien dire que selon toute vraisemblance, c'est pour de l'appendicalgie que la malade était venue le trouver il y a cinq ans, et non pour un ovaire scléro-kystique.

Je serai plus à l'aise pour parler d'erreurs de diagnostic dont je suis seul responsable, et, en exposant complaisamment mes erreurs, je soulignerai comme il convient l'impersonnalité des critiques que j'ai l'air d'adresser à des collègues.

Rein mobile et appendicalgie. — Deux fois j'ai vu revenir cette année des malades que j'avais opérées antérieurement pour un

rein droit mobile et qui n'avaient nullement été soulagées par la néphropexie.

L'une d'elles a été opérée il y a cinq ans dans le service de M. Peyrot à Lariboisière. Je lui avais fait la néphropexie et j'avais trouvé un rein très mobile auquel je n'avais pas hésité à rapporter toutes les douleurs ressenties. Les douleurs n'ont pas cessé depuis lors et cette malade, qui a vu dans plusieurs hôpitaux des médecins et des chirurgiens dont je regrette de ne pas donner les noms, m'est invariablement renvoyée ; comme elle ne peut entrer à la maison Dubois, je n'ai pu encore l'opérer à nouveau, mais je peux affirmer qu'elle a une vieille appendicalgie que j'ai méconnue il y a cinq ans. Le point de Mac Burney est des plus nets, et je n'ai plus maintenant aucun doute. Ces faits ne sont pas encore si connus qu'on pourrait le croire, puisque jusqu'ici personne n'a pensé à l'appendice pour cette malade.

Pour ma seconde observation, j'ai le contrôle opératoire, et l'histoire de ma petite malade est calquée sur la précédente.

M. Hallopeau m'amène en septembre 1901 une malade de vingt-cinq ans qui souffrait depuis cinq ans du côté droit du ventre. Nous trouvons dans la fosse iliaque droite un rein flottant et nous n'hésitons pas à conseiller une néphropexie pour faire disparaître ces douleurs. L'opération faite le 25 septembre 1901 se passe très correctement et dès ses premiers pas la malade retrouve ses douleurs aussi localisées et aussi vives que précédemment. En décembre 1902 seulement je pense à l'appendicalgie et je trouve un appendice long, turgescent bourré de boulettes fécales ; près de l'insertion au cæcum, la muqueuse présente une sorte de cicatrice circulaire qui semble la trace d'une ancienne crise d'appendicite dont la malade n'a pas souvenance. Toute douleur a maintenant disparu.

Ici, on ne peut pas comme pour les laparotomies examiner l'appendice au cours de l'opération, puisqu'on n'ouvre pas le péritoine.

On ne peut donc que signaler le fait, en attirant l'attention des médecins du côté de l'appendice, et en répétant à satiété que cet organe peut causer de très vives douleurs sans qu'une crise franche vienne éclairer le diagnostic.

Prolapsus utérin et appendicalgie. — Voici une observation qui m'appartient en propre d'un bout à l'autre. C'est moi seul qui suis responsable de l'erreur initiale.

Au mois de mai 1903, Mme D..., âgée de vingt-huit ans, m'est envoyée à la Maison Dubois pour des douleurs abdominales qui

datent de plusieurs années. En examinant les organes génitaux, je trouve une large déchirure périnéo-vaginale, avec prolapsus utérin et rectocèle. Le col est à la vulve.

Je n'hésite pas à accuser ce prolapsus utérin et cette déchirure de tous les symptômes douloureux, et je pratique une colpo-périnéorraphie qui m'était d'ailleurs demandée par le médecin de la malade dont j'avais confirmé le diagnostic. En octobre voici que cette malade me revient, souffrant exactement les mêmes douleurs qu'avant mon opération. Je trouve alors le point douloureux fixé plus bas que le point de Mac Burney, mais d'une netteté absolue dans sa localisation.

Le 26 octobre j'allai droit sur l'appendice que je trouvai très long et flottant dans l'abdomen.

Il était coudé en son milieu par une petite bride; à la coupe, je trouve au delà de la coudure la muqueuse épaissie, violacée, criblée d'un piqueté hémorragique. A sa terminaison il est oblitéré et transformé en cordon scléreux sur une étendue de 1/2 centimètre environ.

Toute douleur a dès maintenant disparu. C'était encore l'appendice qui était en cause, et j'avais été trompé, comme le médecin de la malade, par le prolapsus utérin et la déchirure du périnée.

Le 23 février 1899, j'ai fait une colpo-périnéorraphie, un curettage et une amputation du col à une jeune femme, en ville, qui souffrait dans le ventre depuis cinq ans — c'est-à-dire depuis son dernier accouchement. — Nous avions attribué ces douleurs et la leucorrhée dont elle se plaignait à la déchirure du périnée et au prolapsus utérin. Tout se passa bien localement mais les douleurs persistèrent et au bout de quelques mois une véritable crise d'appendicite survint.

La malade ne voulut pas me faire appeler, et c'est notre collègue Lejars qui enleva à froid l'appendice et eut le bonheur de guérir radicalement mon opérée.

Je termine enfin par trois observations dans lesquelles on a incriminé de la métrite et de la métro-salpingite, alors qu'il s'agissait d'appendicalgie.

Métrite et appendicalgie. — Mlle Y. R..., âgée de vingt-deux ans, est la très proche parente d'un de nos confrères qui avec un médecin de ses amis la soigne depuis deux ans et demi pour des douleurs abdominales, irradiées dans tout le bas-ventre, aussi bien à gauche qu'à droite.

Les deux médecins ont porté le diagnostic de « métrite des jeunes filles » ou « métrite des vierges » et depuis deux ans et demi la traitent avec des injections au permanganate de potasse,

des ovules à l'ichthyol et le repos au lit. Elle a pris plus de deux mille injections, nous dit sa mère. Cette jeune fille me paraissant avoir l'utérus et les annexes en bon état, je cherchai le point douloureux fixe et je le trouvai très nettement localisé à la région appendiculaire.

Le 23 octobre 1903, j'opérai donc la malade en présence de notre confrère, son parent, dans mon service de la Maison Dubois. L'appendice était coudé par une adhérence à 2 centimètres environ de son insertion cæcale. Au delà de cette coudure, l'organe est augmenté de volume et ses parois sont couvertes d'arborisations vasculaires. Je trouve dans sa partie dilatée en ampoule une bouillie fécale. A sa terminaison, l'appendice a repris son volume normal et ses parois sont sclérosées. La muqueuse paraît saine et présente à peine quelques taches de pointillé hémorragique.

Toute douleur a disparu depuis l'opération et c'était à n'en pas douter l'appendice seul qui était en cause.

Ma seconde observation est intéressante par la multiplicité des erreurs d'interprétation qu'elle contient. Elle concerne une malade de trente-quatre ans qui « souffre dans le ventre depuis dix ans », époque à laquelle elle a eu un enfant (accouchement laborieux terminé par un forceps, sans qu'il y ait eu de déchirure du périnée). En 1897 un de nos collègues qui s'occupe surtout de gynécologie lui fait un curettage et une amputation du col utérin pour une métrite à laquelle il attribue les douleurs abdominales. Les douleurs persistent, toujours du côté droit. En 1900, le ventre se ballonne et la malade se croit enceinte. Un « spécialiste » de Paris diagnostique une « grossesse nerveuse » et un nouveau gynécologiste consulté trouve une entéroptose avec rétroversion utérine douloureuse. Il fait un raccourcissement des ligaments ronds en 1901 et les douleurs persistent de plus en plus. Enfin, au commencement de 1903, un de nos collègues trouvant un rein droit mobile propose à la malade une néphropexie. Elle allait s'y décider, lorsqu'une crise véritable au mois de septembre la tint un mois au lit avec exacerbation de ses douleurs habituelles. Cette malade m'arrive alors avec le diagnostic suivant écrit par son médecin « névropathie avec stigmates, abaissement du rein droit, entérite chronique avec point douloureux appendiculaire ». Actuellement, après cette crise très nette, le diagnostic d'appendicite s'imposait et l'ablation de l'appendice a terminé cette longue odyssée médico-chirurgicale.

Voici enfin une dernière observation qui m'a vivement impressionné en raison de la qualité des médecins qui soignaient la malade depuis cinq ans. La malade, âgée de vingt-huit ans, est la cousine d'un de nos collègues, médecin des hôpitaux, qui me l'ame-

nait avec le diagnostic de métrite compliquée de salpingite. Cette jeune femme avait commencé à souffrir « un matin » il y a cinq ans, et à deux reprises depuis cette époque elle avait gardé le lit pendant un mois avec des poussées fort douloureuses dans le ventre. Elle a un enfant de six ans et ses douleurs ont commencé huit mois après la naissance de cet enfant.

Il y a trois ans elle avait eu une vaginite blennorragique des plus nettes, en même temps que son mari se faisait soigner pour une urétrite blennorragique. Tous les symptômes douloureux avaient été mis sur le compte d'une métrite et comme on trouvait au toucher, dans le cul-de-sac droit une masse anormale, notre collègue me demandait de faire une laparotomie pour enlever les annexes droites. Après examen attentif, et l'esprit très éveillé du côté de l'appendicalgie, je conclus que l'utérus était trop mobile et trop indolore pour expliquer des douleurs aussi vives dans l'abdomen. De plus, je trouvai le point douloureux fixe et bien localisé (mais au-dessous du point de Mac Burney), et la peau de l'abdomen à ce niveau était modifiée et pigmentée par trois vésicatoires qu'on y avait mis successivement, marquant bien que le siège des douleurs avait toujours été prédominant à droite; notons encore qu'une sœur de la malade a eu il y a six ans une appendicite suraiguë à laquelle elle a succombé.

J'écrivis dans ce sens à notre collègue, et voici la lettre qu'il me répondit.

Mon cher collègue,

Je suis, en effet, un peu étonné de votre diagnostic, car chaque fois que j'ai examiné ma cousine, je n'ai jamais trouvé de douleur au palper que plusieurs centimètres au-dessous du point de Mac Burney; il n'y a jamais eu ni vomissements ni défense de la paroi; enfin, il y a eu une métrite des plus nettes, avec leucorrhée, utérus gros, col augmenté de volume et avec léger ectropion, enfin douleur dans le cul-de-sac droit où l'on sent un cylindre du volume d'une saucisse. Ce sont des cas bien embarrassants et je serai curieux de voir — pièces en main. Elle va entrer dans votre service de la maison Dubois et je serais très désireux d'assister à l'opération, etc..., etc.

J'ai donc opéré cette malade le 10 novembre, un peu impressionné par la présence de « ce boudin » dans le cul-de sac vaginal droit. Je fis une incision sur la ligne blanche pour explorer plus complètement les annexes. L'utérus et les annexes m'apparurent aussitôt parfaitement sains, mobiles et sans adhérences, et nous vîmes que le boudin perçu par le toucher vaginal était constitué par une masse épiploïque collée au devant et en dedans de l'appendice, et protégeant, pour ainsi dire, les annexes droites

contre les lésions de cet organe. Je détachai ces adhérences épiploïques, d'ailleurs peu serrées, et je pus aisément enlever l'appendice qui était fort long et coudé, ou plutôt bridé et enserré à un centimètre de l'insertion cæcale par un filament fibreux tenant au méso-appendice. A la coupe, on vit sourdre un liquide purulent, et au delà de la striction, qui était apparente sur la muqueuse, on voyait un piqueté hémorragique très serré; au milieu de l'appendice, la muqueuse présentait une ulcération de 1 centimètre de long sur 1 demi-centimètre de large, avec des bords ecchymotiques.

Il n'y avait aucun doute possible sur le diagnostic et sur la cause des douleurs. Cependant, j'enlevai du côté *gauche* les annexes qui contenaient un kyste ligamentaire du volume d'une aveline.

Si j'ai cité longuement cette observation avec la lettre de notre collègue, ce n'est pas pour la satisfaction niaise d'avoir redressé une erreur de diagnostic. J'ai parlé assez longuement des miennes pour qu'on me permette de noter celles des autres. Ce qui me paraît digne d'intérêt, c'est qu'il s'agit d'un médecin des hôpitaux des plus avisés. Et je me dis que si je me suis trompé si souvent, et si des collègues de médecine se sont trompés, et si des maîtres que j'estime infiniment se sont trompés, il est vraisemblable que les faits dont je parle ne sont pas encore assez connus et vulgarisés.

Dans le numéro de la *Presse médicale* du 7 novembre 1903, notre collègue Le Gendre publie un article intitulé : « Typhlo-colite, appendicite et dysménorrhée », et il appelle l'attention sur ces jeunes filles considérées souvent comme des dysménorrhéiques, arthritiques et nerveuses, qui ont des poussées douloureuses dans le ventre, surtout au moment des règles, « avant, pendant ou aussitôt après ». Pour plusieurs cas de ce genre, ajoute M. Le Gendre, la résection de l'appendice a été suivie très rapidement, ou même dès le mois suivant, de la disparition de tout le cortège dysménorrhéique.

« Tantôt, dit-il, on a trouvé un appendice anciennement malade, ayant contracté des adhérences avec les annexes droites, tantôt un appendice simplement tuméfié, congestionné ou très long, plongeant dans le petit bassin, avec de la folliculite récente ou ancienne, deux fois du pus et des ulcérations. Ces faits sont fréquents et mal connus des praticiens... »

Ma communication était écrite (car je suis inscrit depuis trois mois pour vous la faire), lorsque j'ai lu — avec quelle satisfaction — cet article de notre collègue Le Gendre, qui conclut ainsi :

« Je crois que l'existence de ce syndrome typhlo-appendiculaire et dysménorrhéique, s'il se présente avec récidives fréquentes et ténacité, requiert la résection de l'appendice. »

Voici, en somme, toute une série d'affections douloureuses du ventre qu'on ne devrait, suivant moi, jamais examiner cliniquement, sans penser à l'appendicalgie possible :

La dysménorrhée ; la métrite douloureuse des jeunes filles ; la grossesse douloureuse; la rétroversion et les déviations utérines en général ; les prolapsus utéro-vaginaux ; les grandes névralgies pelviennes; les reins mobiles douloureux ; les ovaires scléro-kystiques ; les tumeurs utérines douloureuses ; les tumeurs ovariennes douloureuses ; les hernies douloureuses crurales, inguinales, ombilicales et para-ombilicales ; les coliques hépatiques même avec de petites poussées d'ictère ; les coliques néphrétiques; les gastralgies avec « dilatation de l'estomac » et vomissements fréquents, etc... ; les dypspepsies et cette fameuse entéro-colite muco-membraneuse dont on abuse, et l'entéroptose et toutes les ptoses douloureuses dont on abuse aussi.

Et j'en oublie sans doute. Disons d'un mot qu'il faut penser à l'appendicalgie toutes les fois qu'on examine un de ces malades que j'appelle « des irréguliers du ventre », en y joignant les « déséquilibrés du ventre ».

Et si je ne parle pas des cholécystites, c'est qu'on a déjà attiré l'attention sur les erreurs faciles à commettre entre la cholécystite et l'appendicite chronique, comme cela ressort d'un travail de M. Adenot, de Lyon (*Lyon médical*, février 1901), et de la *Thèse* de M. Dreyfus (Lyon 1901-1902).

Et si la lésion pour laquelle on opère nécessite une laparotomie, on ne devra jamais refermer le ventre sans s'être assuré que l'appendice n'est pas malade; j'ajouterai que l'ablation de cet organe s'impose, pour peu que l'on constate, de ce côté, quelque chose d'anormal ; on évitera ainsi de voir revenir, se plaignant encore de souffrir dans le ventre, des malades après l'opération.

Nous avons tous souvenir de faits de ce genre pour lesquels nous pensions à des adhérences épiploïques, à des névralgies pelviennes, chez des arthritiques nerveuses, à de l'ovaralgie, à de l'entérite mucomembraneuse, etc.; et je suis convaincu, après ce que j'ai vu ces derniers temps dans ma pratique, que ces douleurs persistantes étaient presque toujours de l'appendicalgie méconnue.

Je reconnais que dans tout ceci il n'y a rien de bien nouveau, si ce n'est le mot d'appendicalgie. Ce serait bien peu pour justifier une aussi longue communication, mais je pense qu'il est fort utile de répandre ces notions, dans le public médical, comme le dit notre collègue Le Gendre. C'est pourquoi j'ai voulu porter cette question à une tribune autorisée entre toutes, la tribune de la Société de Chirurgie ; et tout ceci s'adresse moins à vous, peut-être, qu'aux nombreux médecins qui lisent nos Bulletins.

J'aurai atteint mon but si j'ai appelé leur attention sur les formes que peut revêtir l'appendicalgie, et les maladies que chacune de ces formes peut simuler. J'y décrirai trois formes : 1° Une forme génitale; 2° Une forme gastro-intestinale; 3° Une forme névralgique.

Je me rends bien compte qu'ainsi présentée ma communication semble n'être qu'un ramassis d'erreurs de diagnostic, mais il ne pouvait en être autrement et l'intérêt de ces faits vient précisément de la qualité et du nombre de ceux qui ont commis ces erreurs. La multiplicité de mes observations montre tout au moins qu'il n'est pas inutile de répéter de haut que l'appendice chroniquement malade donne fréquemment des symptômes douloureux qui peuvent en imposer dans toutes les affections douloureuses de l'abdomen. Je m'attends, sans trop le regretter, à être accusé d'exagération. Mais cette exagération n'est qu'apparente et résulte de la nécessité où je me trouve de réunir dans ce travail tout ce qui a trait aux erreurs de diagnostic causées par l'appendicite chronique méconnue.

Permettez-moi de répéter avant de terminer ce que j'ai dit déjà au cours de ce travail. Je redoutais deux écueils en vous faisant cette communication. Le premier était de sembler critiquer les erreurs de diagnostic de mes confrères, de mes collègues et de mes maîtres. Je pense l'avoir évité en ne nommant personne et en insistant copieusement sur les faits où c'est moi-même qui ai commis l'erreur d'interprétation. Le second écueil, c'est « l'emballement », si on me passe cette expression, qui me pousserait à voir « de l'appendicalgie » partout. Là, c'est affaire de jugement et de bon sens et j'espère avoir assez de l'un et de l'autre pour me garder de toute exagération.

Nota. — Cette question était dans l'air, si je puis dire, car, depuis la rédaction de mon travail qui date de plus de trois mois, je vois qu'on l'a discutée, quoique sous une forme un peu différente, à la Société médicale des hôpitaux, où nos collègues Siredey, Béclère, Soupault, Dalché, etc., ont fait des communications très intéressantes dans les dernières séances de novembre sur les « formes frustes ou larvées de l'appendicite chronique », et sur la « pseudo-appendicite ». C'est bien là ce que j'appelle « l'appendicalgie ».

Valeur de la palatoplastie en un temps,

par M. A. BROCA.

Après avoir été apportée devant nous par M. Sebileau, à propos d'un malade opéré selon le procédé vomérien de Lannelongue, la question de la palatoplastie a été discutée il y a quelque temps entre MM. Ehrmann et Sebileau, pour établir les avantages relatifs de l'opération en un temps et de l'opération en deux temps. A l'aide de celle-ci, en effet, et à la suite de J. Wolff (de Berlin), M. Ehrmann pense que l'on peut réparer plus facilement les fissures palatines chez les enfants jeunes, de deux à six ans, âge auquel n'interviennent pas volontiers ceux qui ont appris l'uranoplastie à l'école de Trélat.

Lors de cette courte discussion je n'ai pas pris la parole : mon expérience sur la matière me permet d'avoir des opinions arrêtées, mais pour leur expression le dépouillement de nombreuses observations était indispensable. Car, depuis plus de onze ans que je suis chargé d'un service de chirurgie infantile, j'ai cru devoir apprendre à opérer moi-même les malformations palatines, en sorte que je n'ai pas eu besoin de faire appel aux lumières de M. Ehrmann pour soulager mes malades, et c'est de mon expérience personnelle, sur l'opération en un temps, que je vais vous entretenir.

Car j'ai recours, sauf motifs tout à fait spéciaux, à la seule opération en un temps, et dès lors je ne me livrerai pas, à vrai dire, à une étude comparative entre elle et l'opération en deux temps, telle que la préconise M. Ehrmann. Mais je puis expliquer pourquoi je n'ai pas éprouvé le besoin de changer ma manière de faire, pas plus pour les motifs jadis invoqués par Polaillon que pour ceux développés plus récemment par J. Wolf (de Berlin) et repris par M. Ehrmann.

La technique opératoire est, au total, la même pour tous les chirurgiens qui pratiquent le classique procédé en double pont dit de Baizeau-Langenbeck. La question est de savoir si, dans certaines conditions déterminées, d'âge, de santé, de dispositions anatomiques, il n'y a pas intérêt à répartir les actes sur deux séances : 1° mobiliser en deux lambeaux ; 2° cinq à six jours plus tard aviver et suturer les lèvres de la fissure vélo-palatine.

Comme M. Ehrmann le rappelle, ce principe a été posé dès 1872 par Lannelongue, pour un cas spécial de perforation syphilitique. Puis Polaillon l'a généralisé, pour rendre l'opération moins grave. Quant à J. Wolff, son but fut surtout de laisser les

lambeaux décollés se congestionner et s'épaissir pendant cinq à sept jours, de manière à augmenter leur vitalité, et, partant, leur tendance à la réunion immédiate. Et, limitant bien la question, M. Ehrmann nous dit que, grâce à ce procédé, on peut opérer des sujets jeunes, à partir de deux à trois ans, avec autant de succès et sans plus de gravité que chez les enfants de six ans et au-dessus.

Dans cette opération, qui demande une grande précision de technique, les résultats dépendent pour beaucoup de l'habileté acquise par le chirurgien. Les faits dont je vais vous entretenir aujourd'hui sont déchargés de ces erreurs d'apprentissage, auxquelles personne d'entre nous ne peut se flatter d'avoir échappé.

Au mois de novembre 1895, en effet, j'ai publié dans la *Revue de Stomatologie* une première série d'opérations pour divisions congénitales du voile du palais. Elles portaient sur 25 sujets et avaient donné les résultats suivants :

Deux malades avaient succombé, l'un à l'hémorragie, par une maladresse de ma part que j'ai reconnue et qui ne s'est pas renouvelée depuis : il s'agissait de mon deuxième opéré, en novembre 1891 ; l'autre à une bronchopneumonie suraiguë, complication que j'ai eu également l'heureuse chance de ne plus observer.

Les 23 *sujets restants* avaient fourni :

13 guérisons complètes en 1 séance, dont 6 après formation d'un orifice spontanément oblitéré en quelques semaines ;

4 guérisons en deux opérations ; et sur les échecs que je signalais alors deux autres malades ont été peu de temps après opérés avec succès, en sorte qu'au total cette première série comprend 19 guérisons complètes sur 23 cas, soit 82,6 p. 100, dont 13 en une séance (56,52 p. 100) et 6 en deux séances (26,02 p. 100).

Les 4 autres malades se répartissent en :

2 échecs, sur des sujets parfaitement réopérables, mais qui ne se sont pas présentés de nouveau à l'hôpital.

1 fistule latérale — qui elle non plus ne m'a pas été soumise ultérieurement — chez un enfant que j'avais dû tamponner à plusieurs reprises, pour des hémorragies secondaires à répétition.

1 échec qui m'a paru définitif chez une fille dont j'ai opéré deux fois l'énorme division complète, et les deux fois j'ai déchiré en avant la pointe du lambeau, du petit côté de la fissure.

Voici maintenant le relevé de mes opérations depuis septembre 1895, date où j'avais arrêté ma première statistique, jusqu'au 1er janvier 1904. Je m'occuperai d'abord de la *gravité opératoire.*

Je compte 76 malades, dont 10 ont été opérés 2 fois, et 2 ont été opérés 3 fois. Ces chiffres donnent 90 opérations, qui doivent, être ainsi dénombrées si l'on veut étudier un pourcentage de mortalité ; tous les auteurs au courant de la question savent, en effet, que la gravité des opérations secondaires est égale à celle des interventions primitives, si l'on met à part les petites sutures, sans libération, pour bifidité de la luette ; or celles-là, pas plus que M. Ehrmann, je ne les fais entrer en compte. Ces 90 opérations en un temps n'ont été marquées d'*aucun décès*.

Si on les joint à mes 31 premières, sur 25 malades (mon mémoire de 1895 porte 29 et depuis 2 opérations secondaires ont complété le résultat) le total est de 121 cas, avec 2 morts. Mais, en bonne justice, on ne saurait faire peser sur un procédé opératoire un décès dû, de toute évidence, à l'impéritie d'un débutant, et dès lors, la bronchopneumonie ne pouvant être ainsi interprétée, il reste 120 cas avec une mort.

Parmi les 100 sujets qui ont subi ces opérations, 11 seulement étaient âgés de trois ans et demi à cinq ans ; aucun n'était âgé de moins de trois ans et demi.

Voilà pourquoi — en ajoutant que je ne descends au-dessous de cinq ans et même au-dessous de six ans que dans des conditions assez spéciales — je ne veux pas me rallier à la pratique préconisée par Wolff, car, d'après le mémoire de M. Ehrmann, la statistique de ce dernier auteur est assez chargée de décès. Voici les chiffres :

Sur 311 opérations, J. Wolff en relève 192 au-dessous de sept ans, qui concernent :

58	sujets au-dessous	de	6 mois. . .	8 morts.	13,8 p. 100.
56	—	—	de 7 à 23 mois. . .	4 morts.	»
78	—	—	de 2 à 6 ans . . .	2 morts.	»

Soit une moyenne de 7,5 p. 100 pour les sujets au-dessous de six ans, au lieu d'une bronchopneumonie mortelle (fille de 7 ans) sur 100 sujets ayant subi 120 opérations ; la différence vaut d'autant mieux qu'on y prête attention que M. J. Wolff avait de la palatoplastie une habitude particulièrement grande, et que d'autre part chez les tout jeunes sujets il opérait en trois séances — en en consacrant une à la libération de chaque lambeau — pour réduire chaque trauma au minimum.

L'opération en un temps, chez les jeunes sujets, avait conduit il y a quelques années à des déboires analogues M. Ehrmann, qui semble avoir eu toujours tendance à se rapprocher, dans la mesure

du possible, des opérateurs précoces. Il avait renoncé à cette pratique, car sur 85 opérations faites depuis 1867 il trouvait :

10 sujets	de 2 à 23 mois. . . .	2 morts.	20	p. 100.
24 —	de 2 à 5 ans	2 morts.	8,33	—

Soit une moyenne de 11.76 p. 100 de mortalité pour les sujets au-dessous de six ans.

Depuis 1892, il est vrai, l'opération en deux temps n'a causé entre les mains de M. Ehrmann aucun décès sur 41 cas, dont 25 relatifs à des enfants au-dessous de six ans. Mais je ne saurais oublier les chiffres de J. Wolff, et je ne me lasserai pas de répéter que leur léthalité ne peut s'expliquer par l'inexpérience d'un novice; et je crains que, si l'on généralise la pratique, on ne retrouve d'une façon ou de l'autre des résultats analogues.

Je crois permis d'affirmer que, sauf erreur de technique, à laquelle nous sommes tous exposés, l'opération n'offre aucune gravité à partir de cinq ans. L'imposante statistique du partisan principal de l'opération précoce, en deux temps, nous interdit pour elle cette conclusion. Aussi ne me rallierais-je à l'opération en deux temps, à partir de l'âge de trois à quatre ans, où elle devient sûrement innocente, que s'il m'était prouvé :

1° Qu'elle assure, chez les sujets au-dessous de six ans, une réparation plus régulière;

2° Qu'il y a un intérêt réel à abaisser jusqu'à deux ans l'âge d'élection pour la palatoplastie.

Il est parfaitement exact que plus la cicatrisation est vite obtenue, sans suppuration, sans tissu inodulaire, sans utilité de retouches successives pour parfaire le résultat, et meilleures sont les conditions anatomiques pour une éducation phonétique ultérieure. Pour cette étude, je dois retrancher 6 cas sur lesquels ma fiche d'observation n'a pas été tenue au courant. Il reste ainsi que j'ai obtenu, sur 70 malades opérés depuis septembre 1895 :

Quarante-huit guérisons complètes par une seule opération (70 p. 100), dont 35 par première intention parfaite, et 11 après cicatrisation secondaire, mais spontanée, d'un point désuni.

Neuf guérisons complètes après 2 opérations, et 2 après 3 opérations, soit 15,7 p. 100 de retouches. Chez un sujet, il reste une petite fistule latérale.

Les échecs complets (2) ou partiels (7) mais réparables, sont au nombre de 9, soit 12,9 p. 100. Ces sujets me reviendront sûrement en partie, de même que j'en ai retrouvé et guéri deux parmi les résultats incomplets de ma première série. D'autres sans doute m'échapperont, mais sont sûrement curables par une retouche.

En sorte qu'il reste *deux insuccès définitifs*, dans les conditions suivantes : 1° Une fille de dix ans et demi que j'ai opérée 2 fois, pour une division bilatérale et qui, les 2 fois, a eu une désunion complète avec phénomènes septiques graves ; 2° un garçon auquel j'ai tenté de réparer, *par le procédé en deux temps*, une fissure bilatérale, totale, avec fente alvéolaire autrefois réparée, très large, avec lames palatines très étroites, que je jugeais inaccessible au procédé en un temps. Ce fut ma seule incursion sur le domaine de l'opération en deux temps, que je ne rends aucunement responsable de l'échec, car j'ai bien soin de spécifier que je me suis adressé à elle en désespoir de cause.

Ces résultats sont meilleurs que ceux de ma première série (1891-1895), qui a, comme c'était inévitable, pâti de mon apprentissage. Je peux les comparer à ceux que M. Ehrmann a obtenus par l'ancien procédé depuis 1867, et depuis 1892 par l'opération en deux temps :

1° *Série de 85 opérations en un temps* (dont 34, il est vrai, au-dessous de six ans) : 5 morts, 8 insuccès, 39 guérisons d'emblée, 29 opérations secondaires, 4 fistules latérales, dont 2 guéries. Comme termes de comparaison, je ne prendrai que les sujets de six à douze ans, et je trouve dans le mémoire de M. Ehrmann, sur 28 cas, 57,1 p. 100 de guérisons d'emblée, 35,7 p. 100 d'opérations complémentaires, morts 3,6 p. 100, insuccès 3,6 p. 100.

Ma série similaire donne : guérisons d'emblée, 70 p. 100, opérations complémentaires, 15,7 p. 100 ; malades à retoucher, en cours de traitement, 12,9 p. 100 ; insuccès, 1,40 p. 100 ; morts, 0.

2° *Série de 10 opérations en deux temps chez des sujets de six à douze ans*, guérisons d'emblée 70 p. 100, opérations complémentaires 30 p. 100, morts 0, insuccès 0.

Soit, pour ces cas, exactement la même statistique que me donne l'opération en un temps.

Mais je sais fort bien que, chez ces sujets, M. Ehrmann considère l'opération en deux temps comme une méthode d'exception, pour certains cas difficiles où elle paraît lui donner plus de sécurité. La vraie indication, nous dit-il, est *chez les sujets de deux à six ans* (car il n'est pas enthousiaste de l'opération au-dessous de deux ans) ; or, chez ceux-là, on obtient les mêmes proportions que plus tard, 70 et 30 p. 100, tandis que l'opération en un temps donnait au même opérateur 37,5 p. 100 de succès d'emblée,

45,8 p. 100 d'opérations complémentaires, 8,4 p. 100 de morts et 4,2 d'insuccès.

Ici, je ne puis énoncer d'opinion parallèle. Car si en 1895 j'avais opéré 2 enfants de trois ans et demi (1 succès immédiat, 1 échec), depuis, je ne suis pas descendu au-dessous de quatre ans. Mais des sujets âgés de quatre à cinq ans, au nombre de 7, ont tous guéri, dont 6 en une fois et 1 après une seconde opération nécessitée par une fistule latérale.

Si l'on veut juger de la gravité des cas auxquels je me suis attaqué, ils se décomposent en :

Division du voile seul	11
— du voile et d'une partie de la voûte	21
— du voile et de toute la voûte	17
— de tout le palais, y compris le bord alvéolaire unilatéral	5
— — — — bilatéral	14
Division bilatérale où un autre chirurgien avait supprimé le tubercule médian	1
Un garçon opéré en deux temps	1
	70

Il va sans dire que pour les divisions intéressant le bord alvéolaire, où les gencives se mettent en contact après restauration de la lèvre, mais ne sont pas en continuité d'un côté à l'autre, on est forcé de laisser en avant un petit pertuis, insignifiant dans les divisions unilatérales, facile à obturer avec la pièce prothétique qui portera les incisives dans les divisions bilatérales.

Dans aucun de ces cas, sauf celui auquel j'ai fait allusion plus haut, je n'ai trouvé en défaut le classique procédé de Baizeau-Langenbeck. Pour toutes les divisions unilatérales, le lambeau vomérien de Lannelongue m'a paru inutile; et dans les divisions bilatérales très larges, où on aurait envie d'y recourir, le vomer atrophié est presque toujours trop loin pour se prêter à l'emprunt.

Au total, il ne me semble pas que, *pour les séries comparables*, c'est-à-dire pour les enfants âgés de quatre ans et au-dessus, la méthode en deux temps constitue un progrès, puisqu'elle donne, en chiffres ronds, à M. Ehrmann, les 70 p. 100 de succès immédiats et les 30 p. 100 de retouches (faites ou à faire) que j'ai par l'opération en un temps.

En sorte que la question se résume en ceci : y a-t-il intérêt à chercher, par l'opération en deux temps, à abaisser la limite d'âge? De cela, personne n'a encore fourni la preuve certaine, malgré les nombreux mémoires publiés sur ce sujet depuis long-

temps déjà. On a dit, sans doute, que plus vite était faite la restauration, et plus vite se régularisait la phonation, l'enfant n'ayant pas eu le temps de prendre de mauvaises habitudes vocales; et à cette pratique J. Wolf attribue le succès chez les sujets qui parlent, après opération, de façon « idéale ». Mais à cela, Trélat répondait que, le rôle capital revenant à l'éducation phonétique, la sagesse de l'enfant, son aptitude à comprendre doivent, avant tout, entrer en ligne de compte; d'où l'indication d'opérer à partir du moment où le sujet, conscient de son infériorité, a le désir personnel de s'en affranchir, c'est-à-dire vers sept ans chez le garçon, un peu plus tôt chez les filles; et il documentait ses assertions en présentant, lui aussi, des opérés à parole « idéale ». J'en ai quelques-uns dans les mêmes conditions, et l'an dernier, par exemple, j'en ai présenté à la clinique Baudelocque un que j'avais retrouvé par hasard, et chez lequel le seul phénomène anormal était un relèvement léger des narines au moment où il prononçait les k; d'après ce que j'ai vu, je n'ai jamais évité cette petite défectuosité, mais chez plusieurs de mes malades, c'est la seule qui persiste.

Donc, j'estime qu'à ce point de vue les deux méthodes se valent : étant donné, d'autre part, que la différence est moins grande qu'on ne le dit, à partir de quatre ans, pour le résultat local, ce qui doit tout primer, c'est la question de mortalité. C'est elle qui m'empêche d'opérer, en principe, des sujets plus jeunes : la statistique de Wolff me fait peur, celle de Brophy ne me rassure pas complètement, et je crois que, pour ce dernier procédé, M. Sebileau a bien fait de ne pas trop s'aventurer sur ce terrain.

J'ai montré précédemment que, chez les enfants de quatre et cinq ans, les restaurations étaient aussi exactes qu'à partir de six ans, et, d'après ce que je sais de technique, je suis persuadé que je pourrais opérer des sujets plus jeunes, en un seul temps. Il y a quelques jours, pour un petit provincial de trois ans et demi, que sa commune avait hospitalisé dans mon service pour un bec-de-lièvre, le bord alvéolaire étant intact, et qu'on n'aurait sans doute pas renvoyé volontiers plus tard pour un deuxième séjour, j'ai restauré le palais, malgré le jeune âge, et j'ai eu le plaisir d'obtenir la réunion immédiate de toute la ligne de sutures. Ce cas, postérieur au 1er janvier, n'est pas dans ma statistique.

Mais cet enfant a été insupportable à soigner, on n'a pu lui faire ouvrir la bouche pour les lavages; j'ai dû le chloroformiser au sixième jour pour retirer les fils. Or, nous savons tous que, souvent, un peu d'infection s'arrête tout de suite si, le sujet étant examiné chaque jour, nous enlevons à temps un fil qui commence à couper, si nous détergeons quelques grumeaux arrêtés dans les

anses métalliques. Les difficultés eussent certainement été considérables, probablement insurmontables, sans anesthésie, si nous avions eu à lutter contre une hémorragie retardée ou secondaire.

A propos de ces hémorragies, M. Ehrmann me permettra une petite discussion de nomenclature.

Il y a des *hémorragies secondaires*, survenant au bout de plusieurs jours. J'en ai observé trois cas chez les malades de ma première série, une au treizième jour, une à répétition aux neuvième, treizième et vingt-deuxième jour, une, enfin, au cinquième jour. Ces hémorragies réellement secondaires sont-elles liées à une défectuosité de technique dont je ne me suis pas rendu compte? C'est possible. En tout cas, je n'en ai plus observé depuis 1895.

Il faut certainement les différencier des hémorragies qui surviennent pendant les quelques heures consécutives à l'opération, et ces *hémorragies primitives retardées* sont sûrement dues à une faute du chirurgien, à une compression trop courte ou mal appliquée après libération des lambeaux, à un défaut, en somme, de l'hémostase primitive. C'est ainsi qu'on doit interpréter le décès dont je me suis accusé en 1891, ainsi de même, à mon avis, celui que M. Ehrmann a déploré et pour lequel, l'enfant étant morte le soir même, après une opération qui avait duré trois heures, il prononce, à tort d'après moi, le mot d'hémorragie secondaire.

Cette hémorragie primitive retardée ayant cédé à la compression prolongée, — je passe sous silence les suintements insignifiants qui s'arrêtent d'eux-mêmes — est notée une fois dans ma première série. Depuis, je ne l'ai plus observée que deux fois, chez des sujets qui, d'ailleurs, ont guéri : une fois, chez un garçon que j'ai opéré comme j'ai pu, mais mal, avec un lot d'éponges friables par suite de stérilisation mal faite, et celui-là a conservé du côté qui a saigné une fistule latérale ; une autre fois chez une fille dont j'ai, par maladresse, déchiré un lambeau latéral, en sorte que j'ai interrompu l'opération.

Cette dernière observation me paraît intéressante, car M. Ehrmann pense qu'un des avantages de la palatoplastie en deux temps est la suppression de ces hémorragies retardées, les incisions libératrices s'accolant tout de suite puisque la suture médiane ne les force pas à bâiller. Or, cela se trouvait réalisé dans le cas précédent.

Au total, avec une compression bien réglée, le danger d'hémorragie me paraît insuffisant pour que j'aie recours à l'extrait surrénal, avec lequel, au contraire, j'ai une crainte instinctive de la vaso-dilatation secondaire.

Je viens de me reprocher un coup de rugine trop brusque qui a fait sauter un lambeau : j'ai suturé ce lambeau en place, et quelques mois après j'ai opéré avec plein succès. Dans ce cas, j'étais peu excusable, car il s'agissait d'une division de la voûte sans participation du bord alvéolaire. Mais lorsque le bord alvéolaire a été fendu par une fissure avec bec-de-lièvre opéré dans l'enfance, les deux extrémités de gencive viennent peu à peu au contact, sans se souder, de sorte que, je l'ai dit plus haut, le soulèvement complet est impossible ; et, de plus, sur le petit côté, la lame palatine se termine par une pointe étroite, qu'il faut surveiller très attentivement pendant la libération du lambeau. Malgré mes précautions, j'ai une fois déchiré la pointe ; et cette fois encore, l'ayant suturée en bonne position et ayant interrompu l'opération, j'ai pu réussir quelques mois plus tard une restauration correcte.

On reproche encore au procédé en un temps la suppuration prolongée des incisions latérales : je n'ai pas, dans ma série, ce reproche à leur adresser. Et j'ajoute qu'exprès je les trace très longues, les faisant partir franchement sur le voile, à sa jonction avec la joue.

Pour la suture, je suis resté fidèle au fil d'argent, en points séparés, même pour la luette.

Mon instrumentation est encore plus simple que celle de mon ami Sebileau, puisque j'en supprime l'éclairage artificiel et le tord-fils.

M. Pierre Sebileau. — A la fin de la récente communication que j'ai faite ici sur un cas d'urano-staphylorraphie par le procédé de Lannelongue, je disais, parlant de la restauration des fissures palatines en général, que c'était là une opération bénigne et facile pour quiconque en avait un peu l'habitude et savait joindre un bon éclairage à beaucoup de patience ; j'ajoutais que la palatoplastie en un temps me paraissait supérieure à la palatoplastie en deux temps et je terminais en disant qu'il y avait, dans la plupart des cas, intérêt à faire retour à la règle qu'observaient nos maîtres, lesquels n'opéraient pas d'enfants au-dessous de six ou sept ans.

Mon ami A. Broca vient de confirmer tout cela avec son autorité et son expérience. Je suis heureux de me trouver d'accord avec lui sur tous les points. A vrai dire, c'est moins la différence de gravité opératoire que la différence de résistance des tissus qui me pousse à ne pas opérer de bonne heure. Le pourcentage des succès plastiques est plus grand dans la seconde enfance que dans

la première. Je n'ai vu qu'un cas d'hémorragie grave : c'était chez un opéré de mon maître Le Dentu; le petit patient avait une dizaine d'années; il serait mort, je crois, si je n'étais arrivé assez tot pour comprimer l'artère avant qu'il ne tombât en syncope ; il avait perdu une grande quantité de sang. Mais ces cas sont exceptionnels et, je le répète, je ne crois pas qu'il y ait lieu de faire état de la gravité particulière de l'hémorragie chez les enfants jeunes contre l'opération précoce.

D'autre part, ainsi que je le disais dans ma récente communication, ce n'est pas dans l'époque à laquelle la restauration a été pratiquée qu'il faut chercher l'explication des grandes différences qu'on observe dans les résultats phonétiques de l'opération. Il y a là des conditions multiples dont beaucoup, sans nul doute, nous échappent. Ce n'est même pas à l'éducation phonatrice, dont je n'entends cependant pas nier la grande importance, qu'il faut demander la raison de l'inégalité des restaurations fonctionnelles. J'ai opéré récemment une fillette d'une dizaine d'années: un mois après, elle parlait d'une manière irréprochable et de telle façon qu'il était impossible de soupçonner que jamais elle eût été atteinte d'une fissure palatine.

Je vais maintenant me séparer de mon ami Broca. L'éclairage artificiel, dit-il, n'est pas indispensable. A coup sûr; mais il est très utile. Il rend l'opération plus facile, plus courte, plus agréable. Il me rend plus adroit.

Broca est un homme de progrès, je le connais. Il ne s'est pas encore éclairé et il a eu tort; mais il s'éclairera et il aura raison. Il me remerciera de le lui avoir conseillé. Je l'attends donc à la prochaine staphylorraphie.

M. Pierre Delbet. — Je ne dirai qu'un mot au point de vue de la technique opératoire. Comme à mon ami Broca, l'urano-staphylorraphie me paraît une opération simple. Je l'ai apprise de mon maître Trélat — j'ai conservé sa façon de faire et son instrumentation — j'y ai seulement ajouté une petite aiguille à pédale dont la courbure est calculée de façon à pouvoir évoluer entre les arcades dentaires. Grâce à elle, la suture des divisions palatines est à peu près aussi difficile que celle de la paroi abdominale. Et je crois qu'on peut presque toujours opérer en un temps.

La grosse question, celle que Trélat avait si soigneusement étudiée, c'est celle de l'âge auquel il convient de pratiquer la restauration.

Au point de vue du résultat immédiat, de la gravité opératoire, les opérations précoces ont une infériorité incontestable. Les sta-

tistiques de Julius Wolff ne laissent aucun doute à ce sujet. Broca vient de vous les rappeler. Elles démontrent que les opérations faites sur des enfants en très bas âge sont notablement plus graves.

Ont-elles un avantage au point de vue phonétique ? Le résultat phonétique, c'est le but de l'opération. Si la perfection de ce résultat était proportionnel à la précocité de l'acte opératoire, il n'y a pas de doute, il faudrait s'efforcer de diminuer la gravité des opérations hatives. Mais je suis convaincu que, comme l'enseignait mon maître Trélat, l'époque à laquelle on fait la réparation n'a pas d'influence sur le résultat phonétique.

Qu'on opère les enfants très-jeunes, qu'on les opère entre cinq et sept ans, il y aura toujours des opérés qui parleront bien, d'autres qui parleront mal. La manière dont les opérés prononcent dépend non pas de l'âge auquel on suture le palais mais des qualités de ce palais, — je veux dire de sa longueur et de sa musculature. Ces deux qualités on peut les apprécier et prédire avant l'opération quel sera son résultat.

Passavant avait déjà noté l'importance de la longueur du voile du palais. Je me suis livré à des mensurations, qui m'ont fourni sur le point des données précises. J'aurais apporté les chiffres, si j'avais su que Broca dut faire sur la palatoplastie une communication de cette importance. Ils ont d'ailleurs été publiés dans mon volume de clinique.

J'ai mesuré sur un certain nombre de malades, la profondeur du pharynx d'une part et d'autre part la longueur du palais, voute et voile. Pour connaitre la profondeur du pharynx, j'ai mesuré la distance qui sépare la paroi postérieure des incisives. La mensuration du palais est plus difficile. Il ne suffit pas de mesurer la distance de la luette aux incisives, car on n'aurait ainsi que la corde de l'arc formé par le palais et on ne pourrait se rendre compte de la longueur qu'il est capable de prendre lorsqu'il se redresse. Il faut mesurer l'arc en appliquant une lame de papier mince et souple qui se moule exactement sur le palais de la luette aux incisives.

Quand on fait cette double mensuration, on constate que certains palais sont notablement plus courts que le pharynx n'est profond, tandis que d'autres sont plus longs et même considérablement plus longs.

L'autre élément de pronostic, c'est la musculature du voile. On peut l'apprécier en faisant émettre des sons la bouche ouverte. Certains voiles pâles et minces restent flottants pendant l'articulation. D'autres se contractent énergiquement. Chez quelques malades on voit même saillir une sorte de bride qui part du voile et

fait tout le tour du pharynx. Elle est dû sans doute à une hypertrophie du constricteur du pharynx. Toujours est-il qu'elle soulève la paroi latérale et surtout la paroi postérieure du pharynx et dans certaines articulations, il se forme comme une sorte de diaphragme de lunette qui rétrécit la communication entre le pharynx et l'arrière cavité des fosses nasales.

Quand le palais est long et bien musclé, le résultat phonétique est bon. Quand il est trop court et mal pourvu d'éléments contractiles, le résultat est médiocre.

Tout à l'heure, mon ami Broca rappelait l'histoire de ce Roumain que mon maître Trélat a présenté à l'Académie et qui bien qu'opéré tard parlait très correctement. Je puis citer un résultat du même genre. J'ai opéré un jeune garçon à l'âge de sept ans. Trois ou quatre ans après l'opération, il a eu un prix de récitation au collège. C'est assez dire qu'il parlait d'une manière satisfaisante.

M. Broca. — Malgré l'invitation si aimable de Sebileau, je crains bien de n'avoir pas recours ultérieurement à l'éclairage artificiel, car je n'ai jamais été retardé par l'insuffisance de l'éclairage naturel. Avant-hier, j'opérais une division du voile devant un laryngologiste qui m'a demandé pourquoi je n'avais pas la lampe frontale; quand j'ai eu terminé, en une petite demi-heure, il a reconnu que le champ opératoire avait été très bien accessible à la vue. Ce qui gêne pour y voir, c'est, en effet, le sang — affaire de compression — et non l'insuffisance lumineuse.

M. Delbet nous a apporté, sur la valeur pronostique de certaines mensurations, des résultats fort intéressants, mais dont il tire, je crois, des données trop absolues. L'éducation, à voile égal, joue en effet un très grand rôle, et, si je me souviens bien, le jeune Roumain opéré par Trélat en est une preuve; car ce garçon parlait remarquablement en français, langue dans laquelle il avait fait son éducation nouvelle, et mal en roumain, langue où il avait conservé ses mauvaises habitudes d'enfance. C'est pour cela aussi qu'en moyenne les filles parlent peut-être mieux que les garçons, et qu'en tout cas elles sont plus jeunes aptes à être éduquées, à être opérées par conséquent. Mais je repète que sur cet argument de la phonation les deux partis mettent en présence des résultats d'égale valeur et que pour moi la question de mortalité, d'après la statistique de J. Wolff, reste l'argument capital.

Rapport.

Anévrisme cirsoïde, extirpation, guérison, par M. le Dr Le Toux, chirurgien de l'hôpital de Vannes.

Rapport par M. TUFFIER.

Le fait que nous a adressé M. Le Toux est une observation à ajouter à l'actif du traitement des anévrismes cirsoïdes par l'extirpation. Bien que ce mode thérapeutique soit aujourd'hui universellement admis, les observations en sont encore peu nombreuses.

L'histoire de son malade est classique : Il s'agit d'un homme de trente ans entré le 25 octobre 1902 à l'hôpital de Vannes, porteur d'un énorme anévrisme cirsoïde de la partie latérale gauche du cuir chevelu. A l'âge de neuf ans, cet homme tomba du haut d'un sapin, resta une demi-heure sans connaissance et guérit sans qu'on ait constaté ni contusion ni plaie du cuir chevelu. Cependant, à l'âge de quinze ans, il s'aperçut qu'il avait, au devant de l'oreille, une tumeur du volume d'une *lentille*, tumeur animée de battements. Jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, cette tumeur augmenta peu de volume, puisqu'alors elle avait le volume d'un petit haricot, mais elle s'accompagnait d'un cordon, au-dessus et au-dessous, cordon animé de battements. A partir de cette époque, c'est-à-dire en deux ans, elle a acquis l'énorme volume qu'on constate aujourd'hui.

La tumeur présente : 1° trois dilatations bien nettes de la temporale superficielle. La dilatation inférieure est de beaucoup la plus volumineuse. Elle se trouve située au devant et un peu au-dessus du tragus. La dilatation supérieure, bien que moins grosse, semblait avoir attaqué l'os. Si on la vidait de son contenu, on sentait comme une cupule creusée dans l'os. Au-dessus, on aperçoit deux autres dilatations plus petites. 2° Du tronc principal de la temporale superficielle partent des artérioles notablement augmentées de volume, bien nettement visibles et battant avec force. Deux se dirigent en avant, parallèlement à l'arcade zygomatique (la zygomato-orbitaire et la transverse de la face sans doute), une en arrière (une auriculaire).

En dehors de ce tronc principal et de ses branches, on constate que la peau est décollée du crâne dans l'étendue figurée sur la photographie ci-jointe.

Dans toute cette étendue, on constate, outre le décollement de

la peau, des battements plus ou moins accusés suivant les régions explorées. Dans toute l'étendue de la tumeur, les battements cessaient par la compression de la carotide gauche, mais ne tardaient pas à se rétablir progressivement sans cependant reprendre toute leur intensité, malgré qu'on tâche de maintenir la compression. Celle-ci donne de meilleurs résultats si on la pratique immédiatement au-dessous de la première dilatation. Elle n'empêche pas cependant le retour des battements.

Les symptômes fonctionnels sont assez marqués : le malade entend un bruit de souffle dans son oreille, a de temps en temps vertiges, pertes de connaissance. Il était donc nécessaire d'intervenir.

M. Le Toux nous envoie une série de dessins reproduisant le manuel opératoire employé. Il a consisté à réséquer toute la partie médiane de la tumeur, comme je le lui avais conseillé, en liant au fur et à mesure tous les vaisseaux, en commençant par la temporale superficielle au-dessous de la tumeur. L'hémostase terminée, un lambeau autoplastique fronto-pariétal comble la perte de substance.

Les suites opératoires sont absolument bénignes. A part un léger sphacèle d'un des angles du lambeau, il n'y eut aucun accident. Depuis deux ans, le malade est resté parfaitement guéri.

M. Malherbe (de Nantes) a examiné les coupes de la tumeur, et voici ce qu'il a constaté :

« Je trouve à signaler dans les coupes le volume et l'épaisseur de la paroi des artères, et une prolifération très remarquable en certains points de la membrane interne des vaisseaux. Les tissus voisins paraissent peu ou pas altérés. L'altération artérielle paraît être en somme la seule lésion. Elle est très comparable à l'hypertrophie des veines variqueuses, au moins dans certains cas. Il est probable que c'est par l'endartère qu'a débuté la lésion. On ne voit que très peu de veines dans les coupes, elles ne paraissent pas altérées. Quelques vaisseaux à paroi très mince, mais à large calibre, se voient par places dans le tissu. Ce sont probablement des capillaires dilatés. Je n'ai pu voir de communication entre les artères et les veines, mais de plus, théoriquement, je ne crois pas qu'il y en ait dans la tumeur. »

Je ne puis qu'approuver la conduite tenue par notre collègue, car je l'ai moi-même suivie dans un cas analogue.

Il s'agissait d'un enfant de trois ans qui reçut en juin au niveau de la région temporale un coup de pied qui fut suivi immédiatement après d'une bosse sanguine et d'une ecchymose.

Je pus suivre le malade depuis ce petit accident. Et je vis qu'au bout d'environ six semaines il persistait une petite induration du

volume d'un petit pois au niveau du point contus. Quelques semaines après cette petite tumeur était animée de battements et au bout de trois mois il s'agissait nettement d'un anévrisme cirsoïde avec dilatation de la temporale superficielle au-dessus et au-dessous de la tumeur. Je montrai le malade à mon regretté ami Brun, à mon ami Jalaguier, à M. Terrier. Tous conseillèrent l'intervention.

J'enlevai la tumeur avec deux portions de la temporale, au-dessus et au-dessous, et plaçai mes fils aux points où l'artère me parut saine. Il y a de cela six ans; l'enfant est resté parfaitement guéri. M. Letulle a examiné les coupes de la tumeur, il a trouvé une énorme hypertrophie des parois mêmes des artères, sans augmentation de la lumière de ces canaux.

Cette guérison à longue portée a un intérêt, car vous vous rappelez que M. Nélaton a fait un rapport sur des observations qui tendaient à montrer que l'anévrisme cirsoïde avait une origine infectieuse et était susceptible d'une multiplication à distance. Aucun fait depuis cette époque n'a confirmé cette théorie.

En somme, Messieurs, l'extirpation des anévrismes cirsoïdes me paraît une bonne opération et son pronostic éloigné favorable. Je vous demande de remercier M. Le Toux de son observation et de se souvenir de lui lors de l'élection des membres associés de notre Société.

M. Pierre Delbet. — Je n'entrerai pas dans cette grave question des anévrismes cirsoïdes; je veux seulement profiter de cette occasion pour citer un cas du plus haut intérêt au point de vue du diagnostic.

Il s'agit d'un malade qui nous a été présenté ici par notre collègue Schwartz il y a plusieurs années et qui est venu mourir dans mon service de Bicêtre. Il portait sur le crâne une tumeur monstrueuse qui doublait au moins le volume de la tête.

Cette tumeur présentait en plusieurs points un thrill intense et un souffle continu à renforcement. On observe souvent des souffles dans les sarcomes, mais ce sont des souffles intermittents, comme dans les anévrismes artériels; et je croyais que le thrill et le souffle continu à renforcement étaient caractéristiques des anévrismes artério-veineux et des anévrismes cirsoïdes qui sont proches parents. Or dans ce cas l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

M. Quénu. — Il est certain, comme le dit M. Tuffier, que le traitement de choix des anévrismes cirsoïdes est l'extirpation. Je

tiens à ce propos à rappeler que l'extirpation est grandement facilitée par l'application d'une bande ou d'un simple tube élastique autour de la tête ; c'est une pratique que j'ai recommandée déjà en 1889.

Présentation de pièce.

Fracture du radius causée par la manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile.

M. Lucas-Championnière. — Chacun connaît la manivelle que manœuvrent les conducteurs d'automobile pour mettre en marche leur moteur.

Cette manivelle entraînée violemment en arrière par un mouvement de réaction peut venir frapper l'avant-bras qui n'a pas été retiré assez vite de son champ d'action et le choc est si violent qu'il produit ainsi quelquefois une fracture du radius. Celle-ci, fracture directe, siège alors vers l'union du tiers inférieur du radius avec le tiers moyen et est accompagnée d'une contusion violente, souvent d'un épanchement de sang assez considérable. J'en ai vu plusieurs exemples et je comptais vous en montrer une radiographie que je n'ai pas retrouvée aujourd'hui, pour la comparer à celle-ci.

La radiographie que je vous présente a trait à une autre fracture du radius due à la manivelle du même moteur, mais produite par un autre mécanisme.

Il peut arriver que le chauffeur qui manœuvre la mise en marche de son moteur n'ait point eu le temps de dégager sa main de la manivelle qu'il tenait au moment de cette réaction.

La main est alors renversée en arrière par la manivelle et ce renversement en arrière avec une sorte de traction violente, amène une fracture par arrachement de l'extrémité inférieure du radius très comparable à celles que nous observons communément lors du renversement de la main dans les chutes sur la paume.

La radiographie que je vous présente donne un exemple très remarquable de cette fracture siégeant un peu au-dessus de l'apophyse styloïde du radius et ne comprenant qu'une partie de la diaphyse de cet os. Ici l'arrachement a été bien net. Le déplacement est médiocre. La réduction paraît avoir été facile, il n'y a pas eu d'enfoncement de fragment.

Il y a eu une entorse assez violente de l'articulation, car à l'heure actuelle, bien que la radiographie n'ait rien montré de ce côté, le sujet souffre encore notablement au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, comme il est de règle dans les fractures du radius avec entorse très marquée.

Le sujet est un homme vigoureux de trente-et-un ans. La radiographie a été prise deux jours après l'accident.

J'ai déjà vu cette lésion, mais j'avais rarement eu une radiographie assez belle pour en faire voir la caractéristique.

On peut donc constater que chez les chauffeurs, nous sommes appelés à voir deux formes très distinctes de la fracture du radius due à l'accident de la mise en marche.

M. Tuffier. — J'ai vu un nombre assez élevé de ces fractures par mise en marche des voitures automobiles et je voulais vous présenter un mémoire en collaboration avec mon élève Marchais. Les deux mécanismes existent, fracture par arrachement fracture par cause directe. Je vous donnerai le résumé de ces faits dans la prochaine séance.

M. Lyot. — J'ai observé également les deux variétés de fractures du radius produites par un mécanisme identique à celui que vient de nous exposer M. Lucas-Championnière ; j'insisterai particulièrement sur le type par arrachement ; un malade que j'ai vu récemment avait une fracture classique avec déplacement du fragment inférieur en arrière, déjettement de la main en dehors, et une infirmité consécutive assez prononcée pour que la question d'une intervention puisse être posée.

M. Demoulin. — Puisque M. Lucas-Championnière vient de nous inviter à rapporter, chacun, ce que nous savons des fractures du radius par mise en marche du moteur des voitures automobiles, je dirai ce que j'ai observé : Trois fois des fractures de cet os, siégeant à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la diaphyse, et dues au choc de la manivelle sur l'os, *fractures directes*.

— Mais, je ne connaissais pas les *fractures indirectes*, dues à l'entraînement en arrière de la main par la manivelle, fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Le mécanisme de cette fracture me semble confirmer absolument la théorie qu'a donnée Lecomte, en 1860, des fractures de l'extrémité inférieure du radius par arrachement ligamenteux.

M. Walther. — Aux deux mécanismes qui viennent d'être invoqués pour la production de ces sortes de traumatismes du

poignet au moment de la mise en marche, il convient d'en ajouter un troisième : l'arrachement direct par élongation. Je vous ai présenté il y a deux ans un malade qui avait eu ainsi la main véritablement arrachée, sans lésion de la peau, avec rupture complète de toutes les attaches de l'articulation du poignet puisqu'après l'accident la main pendait au bout d'un cylindre de peau rétréci.

Il y avait eu en même temps une rupture probablement incomplète, une très forte élongation des nerfs. Et il en était résulté une paralysie complète. La motilité et la sensibilité commençaient à revenir au bout de dix-huit mois.

M. Lucas-Championnière. — Je vois avec plaisir que mon appel à mes collègues a été fructueux. Je ne doutais pas qu'ils n'eussent observé des faits du même genre, car cette sorte de fracture m'a paru de plus en plus commune depuis que les automobiles se sont multipliées et cela, malgré la mise en garde contre l'accident dont les chauffeurs connaissent très bien la possibilité.

Si la fracture par renversement et arrachement par la manivelle est chose plutôt neuve, l'autre forme de fracture due au choc direct de la manivelle sur la diaphyse radiale a déjà un précédent dans l'action d'une manivelle que tout le monde connaît aussi.

Chacun a vu ces manivelles que manœuvrent les gens qui procèdent à la fermeture des boutiques défendues par des rideaux de fer. La manivelle entraînée par le poids du rideau tourne avec rapidité, et de crainte d'accidents, les manœuvres les protègent avec les bras. J'ai eu l'occasion de voir un sujet qui, poussé à ce moment, fut rapproché de la manivelle tournante qui frappa le radius et le fractura exactement dans les mêmes conditions que la manivelle en réaction frappe directement et brise le radius du chauffeur. En ce cas, le radius gauche est brisé facilement. Dans le cas du renversement de la main, c'est toujours le radius droit.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Fig. 1

Déplacement primitif.



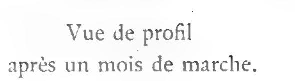


Fig. 2

Vue de profil
après un mois de marche.

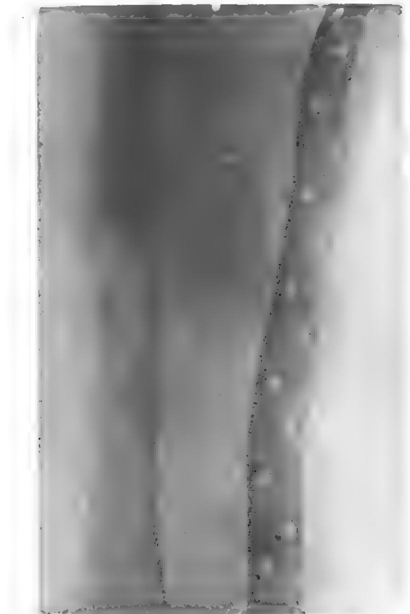


Fig. 3

Vue de face
après un mois de marche.

Masson & Cie, Éditeurs



SÉANCE DU 27 JANVIER 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Une lettre de M. DELORME qui, toujours souffrant, s'excuse de ne pouvoir prendre aujourd'hui ses fonctions de secrétaire annuel.

A propos de la correspondance.

M. LEGUEU dépose sur le bureau deux observations de M. Fournier (d'Amiens).

La première est intitulée : *Hématonéphrose traumatique. — Néphrotomie. — Guérison.*

La deuxième concerne *un cas d'absence congénitale du vagin* avec troubles dysménorrhéiques ayant nécessité l'hystérectomie abdominale avec ablation des annexes gauches.

Le rapport de M. Legueu est renvoyé à une Commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

M. FAURE dépose sur le bureau un travail de M. MICHEL (de Nancy) intitulé : *Observation d'hystérectomie abdominale dans les cas compliqués de suppuration annexielle.*

Le travail de M. Michel est renvoyé à une Commission dont M. Faure est nommé rapporteur.

Lecture.

Note sur les lipomes symétriques (1),

par M. AUGUSTE REVERDIN, membre correspondant.

Je viens de lire avec grand intérêt le résumé de la présentation sur les *lipomes symétriques* par M. Tuffier.

(1) Travail lu par le secrétaire général.

Comme j'ai eu l'occasion d'observer des cas analogues, je me fais un plaisir de vous les communiquer.

Chez une malade âgée d'une vingtaine d'années, j'ai constaté la présence d'énormes *lipomes diffus* occupant, à droite comme à gauche, la région trochantérienne et s'étendant sur une grande portion de la face externe de la cuisse.

Cette malade a deux sœurs qui présentent les mêmes lésions. Débarrassée de sa tumeur droite, elle se propose de faire enlever celle de gauche. Une autre jeune femme que j'ai également opérée, celle-ci des deux côtés, à quelques semaines d'intervalle, est actuellement entièrement remise. Sa mère présentait, paraît-il, des tumeurs de même nature et occupant également la région sous-trochantérienne.

Le manuel opératoire fut le même pour ces trois interventions. Incision très étendue de la peau suivant le grand axe de la tumeur, puis division de la masse graisseuse par son milieu jusqu'à l'aponévrose. Dissection de chaque moitié de la tumeur. Drainage au point le plus déclive; suture de toute la plaie.

L'écoulement du sang fut peu important, mais chez ma seconde malade, dans les jours qui suivirent l'opération, le pansement fut inondé par un sang fluide très pâle. Cet écoulement me rappelait tout à fait celui que j'avais vu se produire à la suite de l'ablation d'un éléphantiasis des bourses; il avait l'apparence d'une lymphe rosée, très fluide.

Lorsque j'opérai la cuisse droite, je fis observer à mes assistants que la tumeur était notablement plus dure que celle du côté opposé. Le bistouri avait quelque peine à l'entamer, alors qu'à gauche l'instrument tranchait aisément dans une graisse flasque et molle.

Les jours suivants l'écoulement fut très minime; un peu de sang d'apparence normale, très différent par conséquent de celui qui s'était écoulé pendant plusieurs jours à la suite de la première intervention. Aussi la guérison fut-elle plus rapide à droite qu'à gauche. Dans le premier cas elle nécessita un séjour au lit de vingt-cinq jours, tandis que dans le second la malade se levait à partir de la seconde semaine.

Chez mes deux opérées les cicatrices sont parfaitement linéaires et la difformité fort bien corrigée. Les photographies montrent le résultat chez la première malade et l'apparence de la tumeur chez la seconde. Comme les deux cas sont absolument comparables, je pense que ces épreuves suffisent à démontrer et l'étendue des lésions et ce que peut donner l'opération. Il me paraît intéressant de mentionner ces cas et de noter *qu'ils se sont présentés trois fois dans une même famille et deux fois dans une autre.*

J'ajoute que la santé générale n'était nullement altérée chez ces jeunes femmes.

Ces lipomes diffus quoiqu'un peu variés dans leur texture, leur vascularisation et leur consistance, me semblent assez différents de ceux que j'ai extirpés à trois reprises chez un homme de cinquante ans, à la région cervicale.

Des masses énormes adhéraient fortement dans la profondeur; elles allaient jusqu'au périoste et donnaient du sang en abondance lorsqu'on abordait au bistouri leurs attaches profondes.

La tendance de ces tumeurs à se développer, malgré l'ablation de leurs voisines, était très nette et on aurait pu, quelques années après ces trois interventions, importantes cependant, trouver encore de nouvelles masses développées dans le voisinage du champ opératoire.

A aucun moment cependant ces tumeurs ne m'ont paru présenter un caractère de malignité. Les anatomo-pathologistes les étiquetèrent *fibro-lipomes*.

Discussion.

De l'appendicite chronique.

M. Quénu. — Si la communication de M. Guinard avait eu simplement pour but de démontrer que l'appendice chroniquement enflammé mérite de tenir une large place parmi les organes divers de l'abdomen fauteurs habituels de troubles douloureux et autres, je souscrirais volontiers à ses conclusions.

Notre collègue a raison de recommander l'inspection de l'appendice au cours de laparotomies faites pour des tumeurs ou des inflammations pelviennes, et de réclamer sa condamnation si quelque indice apparent le rend à juste titre suspect. J'aurais voulu, cependant, que M. Guinard fût un peu plus précis sur ces indices j'admets comme suffisants : les brides, les adhérences appendiculaires, les bosselures, les indurations, voire même une exagération notable de la vascularisation, tous signes qui révèlent une modification de structure; mais que dire de la longueur démesurée? quand la taille de l'appendice est-elle démesurée?

Les anatomistes nous donnent pour longueur moyenne de 6 à 12 centimètres, mais ils nous citent des appendices courts de 2 centimètres et demi à 3 centimètres et des appendices longs de 20, 22 (1) et 23 centimètres (2). J'ai moi-même vérifié ces diffé-

(1) Cruveilhier.
(2) Lushka, cité par Poirier à qui j'emprunte tous ces chiffres.

rences de longueur et pas plus que Poirier et les autres anatomistes, je n'ai tenu compte des appendices malades. L'appendice est relativement plus long chez l'enfant, il paraît plus long quand son méso lui permet d'être tout à fait rectiligne. M. Guinard, dans son observation III, nous parle d'une malade qu'il opère pour de petits fibromes sous-séreux et dont il enlève l'appendice parce qu'il était démesurément long, du reste « peu malade en apparence », et il l'enlève parce qu'il ne trouve pas autour de l'utérus de quoi expliquer les douleurs.

Ainsi, votre malade, dites-vous, souffrait parce qu'elle avait un appendice malade, et cet appendice était malade parce qu'il était démesurément long; mais s'il était malade, il était la cause des douleurs puisqu'il n'y avait pas d'autre cause autour de lui.

C'est une simple pétition de principes.

Il ne suffit pas non plus de dire qu'un appendice est malade parce qu'il est coudé, certains appendices, de par la disposition même de leur méso, présentent des coudures qui ne nuisent pas fatalement à la libre circulation de leur contenu; d'autres sont enroulés en spirale sans offrir à l'examen aucune altération.

De même un appendice peut renfermer des matières fécales molles, sans appartenir en aucune façon à la pathologie.

Enfin, faut-il encore prendre garde de ne pas attribuer à une altération pathologique certaines vascularisations ou piquetés de la muqueuse qui résultent de la ligature de l'appendice et des manipulations que son extraction a pu nécessiter.

Du reste, puisque M. Guinard voulait tirer de certaines apparences de l'appendice la preuve de son altération chronique, il n'avait qu'une chose à faire, c'est de nous en donner une démonstration irréfutable en nous apportant l'examen histologique des appendices suspects qu'il a enlevés.

Je cherche ces examens dans les observations, je ne les trouve dans aucune. Cependant, je veux bien admettre que bon nombre d'appendices avaient assez d'apparences contre eux pour qu'on leur appliquât l'étiquette d'appendices enflammés ou d'appendicites chroniques. Ici, j'adresserai à M. Guinard une critique de nomenclature; pourquoi veut-il substituer au terme fort clair d'appendicite chronique l'appellation troublante d'appendicalgie ? Le mot algie (c'est une affaire d'usage) éveille dans notre esprit l'idée de douleur sans lésion apparente, sans lésion connue et décrite, il signifie névralgie d'un organe, c'est ainsi que nous entendons l'ostéalgie, l'arthralgie, la gastralgie, l'entéralgie, etc.

Je sais bien que coxalgie et scapulalgie font une fâcheuse exception à cette règle, mais était-ce bien la peine de forger un nouveau mot pour augmenter la liste des exceptions. Le néologisme d'ap-

pendicalgie ferait penser à une douleur appendiculaire sans lésion et c'est ainsi que j'avais compris au début, et ce n'est pas ce que veut dire M. Guinard. Il est donc bien plus simple de conserver la dénomination d'appendicite chronique qui dit bien ce qu'elle veut dire et qui vaut mieux aussi que celle d'appendicite larvée qui appartient non à M. Siredey, comme le dit M. Guinard mais à M. Ewald, de Berlin (1).

Donc il est entendu qu'il s'agit d'appendicites chroniques.

Nous savons actuellement tous qu'il existe des appendicites chroniques d'emblée ; nos collègues Jalaguier, Brun et Walther en particulier en ont publié des exemples. Mon ancien interne Longuet en a fait une bonne étude sous forme de revue dans le *Progrès* et dans la *Semaine médicale* de 1902 (4 juin). La plupart ont insisté sur la dyspepsie liée à des altérations chroniques de l'appendice, mais ils insistent aussi sur la douleur localisée au point de Mac Burney, en remarquant que ce point peut être plus bas et plus externe que de coutume ou plus élevé et encore être moins circonscrit.

Jusqu'ici les remarques de M. Guinard se superposent à celles de ses devanciers, mais il va bientôt se séparer d'eux en essayant de déposséder symptomatiquement au profit de l'appendicite la plupart des maladies du ventre, contenant et contenu, hernies, éventrations, kystes et fibromes, ovaires scléro-kystiques, foie, rein et estomac, et « j'en oublie sans doute » ajoute M. Guinard. Notre collègue, au début de sa communication qualifiait l'appendicite aiguë « d'affection bruyante qui nous hypnotise tous ». J'ai bien peur qu'il ne se soit à son tour laissé hypnotiser par la silencieuse appendicite chronique. Il me permettra de le suivre dans la marche qu'il a adoptée et de faire en sa compagnie l'analyse comparée des phénomènes douloureux du ventre.

« Une hernie qui se réduit bien n'est en général pas douloureuse, et le seul fait de voir les douleurs persister malgré une bonne contention par un bandage doit faire penser pour une hernie droite à l'appendicalgie. » Voilà ce qu'écrit notre collègue.

Cependant M. Berger (2) a fort bien remarqué que certaines hernies, surtout lorsqu'elles sont peu développées, à l'état de pointe, determinent des phénomènes douloureux.

Je puis rapporter ici une observation fort complète de hernie inguinale douloureuse, qui vient tout à fait à l'encontre de la thèse soutenue par M. Guinard.

(1) V. *Semaine médicale*, 1899, p. 134.
(2) Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 57.

L'observation a été rédigée pour moi par la malade elle-même, en 1900, ce n'était donc pas pour les besoins de la cause. Cette jeune fille, âgée de vingt ans en 1900, ressentit pour la première fois, en 1896, des crises douloureuses dans le ventre, du côté droit, avec irradiations dans la cuisse, avec accompagnement de quelques troubles dyspeptiques, malaise, ballonnement, etc.

La crise survenait une ou deux fois par mois et durait deux ou trois heures ; il persistait après elle pendant quelques jours une douleur locale atténuée ; en 1898, au cours d'une de ces crises, on s'aperçut de l'apparition momentanée dans l'aine droite d'une petite grosseur du volume d'une petite noix, durcissant, puis redevenant molle.

A la suite d'une série de crises, en 1899, le Dr Dumouly appelé auprès de la malade conseilla le port d'un bandage ; l'application du bandage fut suivie d'un soulagement, mais momentané, car les douleurs reparurent et le bandage exaspéra plus qu'il ne calma les crises ; des piqûres de morphine devinrent nécessaires.

Je fus appelé en février 1900. Je pensai d'abord à de l'appendicite fantome ; en mars, je constatai non sans difficultés, au moment d'une crise seulement, l'existence d'une petite hernie inguinale droite réductible et molle, qui ne sortait que d'une façon très intermittente et qui chaque fois qu'elle sortait occasionnait des douleurs ; l'anneau était petit ; je proposai la cure radicale qui fut acceptée et pratiquée rue Bizet en mars 1900. Les douleurs disparurent comme par enchantement. Je revis la malade juste un an après ; elle n'avait plus ressenti aucune douleur du côté droit, mais elle souffrait de la même façon du côté gauche, où je pus constater l'existence d'une petite pointe de hernie inguinale. Je fis une cure radicale de la hernie gauche, et le calme cette fois fut bilatéralement et définitivement rétabli.

Ai-je besoin d'ajouter que cette jeune fille était nerveuse, non pas hystérique à crises convulsives, mais notablement nerveuse. Ai-je besoin de dire que chez certains êtres prédestinés, sensibles, hyperesthésiques, les moindres phénomènes anormaux, un prolapsus d'ovaire ou l'engagement temporaire d'une pointe de hernie dans un anneau qui n'étrangle point, une déviation d'utérus, toutes choses qui chez des pondérées demeurent silencieuses, chez elles mettent la sensibilité en branle et créent une algie qui va du simple point douloureux fixe à la douleur irradiée le long du plexus, et à ces crises à grand orchestre que notre collègue Richelot a si bien caractérisées sous le nom de grandes névralgies pelviennes. Comment dire après cela « que les malades qui souffrent de leurs fibromes ont neuf fois sur dix de l'appendicite » ?

J'admets, comme tout le monde, que les fibromes douloureux sont *d'ordinaire* des fibromes compliqués de pelvi-péritonite; maintenant, cette pelvi-péritonite a pour point de départ possible la trompe ou l'appendice ; mais s'il y a de la péritonite, des brides, des adhérences, croyez-vous que ce soit le résultat ordinaire d'une appendicite chronique? J'en doute, une crise aiguë ou subaiguë à dû passer par là.

Votre malade de l'observation V a eu des crises douloureuses dans le ventre avec vomissement, vous lui trouvez une appendicite avec de solides adhérences à la face postérieure du cæcum. Votre malade de l'observation VI a une salpingite suppurée.

Ces faits s'éloignent de ceux que vous avez pris comme types, car ils révèlent une crise aiguë ou d'appendicite ou de pelvi-péritonite génitale, et nous sommes loin de l'insidieuse appendicalgie s'établissant sournoisement derrière un fibrome qu'on accuse à tort des réactions douloureuses.

J'ai admis tout à l'heure que les fibromes douloureux étaient *d'ordinaire* des fibromes compliqués de péritonite et d'adhérences. Il est cependant des fibromes douloureux sans annexite et sans péritonite d'aucune sorte. J'ai publié, en 1893, dans la *Gazette médicale*, une leçon clinique pour le démontrer. Je citais l'observation d'une jeune femme qui avait des crises tellement douloureuses qu'elles étaient suivies de syncopes. Or, au cours de l'opération dans laquelle m'assistait le professeur Terrier, nous pûmes constater que son fibrome sous-séreux, pédiculé, inséré sur le fond et un peu à droite de l'utérus, était disposé de telle sorte qu'il venait heurter l'ovaire gauche. Or, sous le chloroforme, le moindre contact du fibrome ou même du doigt avec cet ovaire dont la sensibilité réflexe paraissait exaspérée, amenait des spasmes respiratoires intenses, malgré une anesthésie profonde. Nous savons encore que chez certaines femmes, indemnes de toute inflammation annexielle ou autre, il suffit de toucher le fond du Douglas pour provoquer ces spasmes; il y a là, du côté de certaines zones péritonéales, comme du côté de l'ovaire, des surfaces à sensibilité extrême.

La dernière malade que j'ai opérée d'un fibrome, il y a huit jours, se plaignait depuis quelques mois de douleurs assez vives siégeant à gauche. Son fibrome interstitiel et à plusieurs lobes n'était pas assez gros pour comprimer aucun plexus nerveux. L'opération nous permit de constater qu'il n'y avait ni bride, ni adhérences ni salpingite, mais l'ovaire gauche était enclavé au fond d'un sillon entre deux lobes fibromateux, d'une part, et la paroi postérieure du petit bassin, d'autre part. L'appendice était sain et je n'y touchai point.

Ainsi, en dehors de tout accident de torsion du pédicule, un fibrome non infecté, dans un péritoine sain, peut, par l'entremise de l'ovaire, occasionner des douleurs. Mais il le peut par bien d'autres mécanismes, et il suffit d'en appeler à nos observations personnelles ou encore de parcourir les traités didactiques (Schræder, Martin, Pozzi, Legueu, etc.) pour y trouver à côté de douleurs dysménorrhéiques, des troubles nerveux de toutes sortes locaux ou à distance. Il n'y a donc pas, en résumé, lieu de poser la question, « si véritablement des douleurs ne sont jamais dues au fibrome lui-même ».

Je ne veux pas insister davantage, ni m'arrêter à démontrer ce qui, hélas! n'a pas besoin de démonstration, que les femmes atteintes d'ovaires scléro-kystiques sont souvent condamnées aux souffrances les plus tenaces, sans qu'il soit besoin d'incriminer l'appendice.

Quant aux troubles dysménorrhéiques, je pense qu'ils peuvent être liés non seulement à de l'appendicite chronique, mais à toute espèce de colite, et même à une simple constipation habituelle avec toutes les modifications lentes qu'elle apporte à la nutrition; c'est du moins une théorie que j'ai fait développer il y a quelques années dans la *Thèse* de M. Castan.

En résumé, si je suis d'accord avec M. Guinard sur l'importance qu'il convient d'attribuer de plus en plus à l'appendicite chronique et si je lui sais gré, même avec de fortes exagérations, d'avoir appelé notre attention sur elle, je lui reproche d'avoir compromis le succès de sa thèse en *paraissant vouloir simplifier à l'excès la pathologie abdominale.* Pour notre collègue, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de tumeur, de ptose, de cette entérocolite don on abuse, dit-il (entre parenthèses j'ai donné des soins à des malades femmes, privées de leur appendice et qui continuaient à souffrir dans la fosse iliaque droite), pourvu que l'absence de salpingite soit vérifiée, et encore, il faut poser l'équation : douleur fixe dans la fosse iliaque droite égale appendicite.

Et notez encore que d'après M. Guinard, toute la réaction symptomatique de l'appendicite chronique se réduit à la douleur. Il ne nous parle en effet ni des troubles digestifs, ni des altérations de l'état général ni de la dénutrition, il n'y a rien que la douleur. « Le seul symptôme est la douleur », voilà ses propres termes; et cependant si je me reporte à ses observations, je trouve que ses malades ont de la dyspepsie, des maux d'estomac, des vomissements glaireux.

D'autres ont des douleurs intolérables, avec de la salpingite suppurée et un appendice scléreux. Chez cette dernière opérée, M. Guinard précise la pathogénie des douleurs d'une façon qui

m'étonne : « Les prétendues crises néphrétiques étaient, dit-il, de l'appendicite, les douleurs du dernier mois étaient dues à la salpingite. » Une malade a des kystes dermoïdes et des douleurs, en plus un long appendice qui renferme vingt graines de fraises. M. Guinard « est convaincu que c'est encore l'appendice qui était la source des douleurs », mais cette conviction il ne fait aucun effort pour la faire passer dans notre esprit.

Ses observations sont véritablement un peu courtes et incomplètes, les résultats éloignés manquent, ou sont à peine mentionnés, ou sont mentionnés sans analyse. Il est évidemment utile de répandre dans le public médical des notions comme celle de l'importance de l'appendicite chronique, qu'elle s'établisse ou non d'emblée, mais il faut prendre garde qu'il juge simple la pathologie du ventre, que d'une formule clinique simpliste il tire une conclusion thérapeutique non moins simpliste, que résumant la pathologie douloureuse du ventre dans l'appendicalgie, il n'en conclue qu'à tous ces maux énumérés avec une certaine complaisance par notre collègue, il n'existe qu'un très simple remède, l'ablation de l'appendice.

Mon collègue et ami Guinard me pardonnera l'étendue et la sincérité de mes critiques ; il les a prévues, du reste, et s'en est défendu d'avance assez mal, en nous signalant de lui-même deux écueils qu'il n'a pas su complètement éviter, « l'emballement et l'exagération ».

M. Berger. — J'ai été quelque peu surpris de l'affirmation qu'a émise dans son intéressante communication M. Guinard quand il a dit qu'une hernie qui se réduit bien n'est en général pas douloureuse et que le seul fait de voir les douleurs persister malgré une bonne contention par un bandage doit faire penser à l'appendicalgie.

Il est d'une observation trop commune pour qu'il soit besoin d'insister sur le fait que les hernies, même bien contenues par un bandage, sont le siège de sensations douloureuses plus ou moins vives, plus ou moins obtuses : la douleur spontanée perçue par le malade, celle que développe la pression du doigt au niveau de l'anneau inguinal profond, suffisent souvent à révéler l'existence d'une pointe de hernie. La preuve que ces douleurs sont bien causées par la hernie et non par une lésion appendiculaire concomitante nous est donnée par la disparition de la sensibilité douloureuse qui fait suite à la cure radicale de la hernie. Contrairement à l'opinion émise par notre collègue, je pense que la douleur qui accompagne l'existence d'une hernie même bien contenue, lorsqu'elle a son siège au niveau de la hernie ou du trajet herniaire,

doit être rapportée à l'existence de cette hernie, à moins que d'autres signes appellent l'attention sur une affection caractérisée de l'appendice.

M. Routier. — Comme mes collègues qui viennent de prendre la parole, je crois que pour mieux faire comprendre sa thèse, M. Guinard a un peu exagéré, et cependant l'appendicite chronique est d'une fréquence effrayante.

J'ajouterai seulement un mot pour dire que, à deux reprises au moins, j'ai dû opérer d'appendicites deux malades que j'avais opérées auparavant, l'une d'une hystérectomie totale, l'autre de pyosalpinx.

Or, comme j'estime que l'ablation de l'appendice ne complique aucunement une hystérectomie ou une salpingectomie, que la mortalité ne peut pas en être augmentée, j'estime rendre un gros service aux malades auxquelles je fais une laparotomie, en leur enlevant en même temps l'appendice; voilà plusieurs années que j'agis ainsi, et je n'ai qu'à m'en féliciter.

M. Moty. — L'importante communication de M. Gely Guinard soulève la question des appendicites latentes si souvent méconnues; la fréquence de ces formes insidieuses avait déjà été signalée à l'Académie de médecine par M. le professeur Kelsch et les autopsies de M. Tuffier sont venues confirmer d'une manière indiscutable les présomptions des cliniciens.

Il est donc bien établi aujourd'hui que beaucoup d'appendicites passent inaperçues, même pour ceux qui en sont porteurs, et je suis particulièrement bien placé pour affirmer ce fait après vous avoir rapporté l'année dernière l'observation d'un chirurgien très convaincu de la fréquence de l'appendicite latente, et qui cependant resta pendant dix ans en butte à ses atteintes, sans soupçonner la nature de son mal.

Je viens de perdre, il y a quelques jours, un malade opéré d'urgence en pleine péritonite appendiculaire, et chez lequel les interrogations les plus pressantes ne purent révéler la moindre crise ni le moindre trouble digestif antérieurs. Et cependant l'examen de l'appendice, extrait d'une loge purulente et complètement séparé de son implantation cæcale, fit constater l'existence d'un gros coprolithe dans l'extrémité terminale dilatée de l'organe.

Il n'y avait donc aucun doute sur l'ancienneté de l'appendicite d'une part et sur le début assez éloigné de la crise actuelle de l'autre, car le bout central de l'appendice était complètement oblitéré, comme le fit voir l'autopsie, et le calcul avait certainement

mis longtemps à se former. Le plus large drainage avec trois gros tubes n'empêcha pas le malade de succomber le lendemain soir. M. Quénu nous a cité des cas du même genre.

Ces faits prouvent que l'appendicite peut évoluer insidieusement, pendant de longues années, sans être soupçonnée, et se révéler tout à coup par une attaque extrêmement grave. Il est bon d'attirer l'attention sur les faits de ce genre, car les dangers qu'ils entraînent, pourraient quelquefois être prévenus par un examen et un interrogatoire plus attentifs, et l'on ne rencontre que trop souvent des affections présentant les caractères les plus nets de l'appendicite, classées sous un diagnostic tout différent; bref, bien des médecins reculent encore devant le diagnostic d'appendicite.

Il est très vraisemblable que les malades porteurs des graves lésions que nous trouvons alors se trompent et nous renseignent mal, et qu'il ne faut accorder aux signes subjectifs qu'une assez faible valeur; en effet, l'appendice malade ne cause par lui-même aucune douleur spontanée, sauf de très courtes sensations de contracture lancinante, que j'ai très bien notées chez mon premier malade, mais auxquelles j'ai eu le tort de n'accorder aucune importance. Ce petit organe ne commence à devenir douloureux que quand l'inflammation de sa muqueuse se propage au péritoine ou au tissu cellulaire du méso, et encore faut-il que cette inflammation ait une certaine intensité, car on trouve bien souvent des adhérences épiploïques ou une rétraction prononcée du méso sans qu'aucune souffrance ait annoncé le travail inflammatoire dont elles sont les incontestables témoins. Nous pouvons broyer, lier, sectionner au thermocautère les appendices que nous enlevons, sans causer aucune douleur au patient; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que des lésions graves se produisent tout aussi analgésiquement sur cet organe, qui paraît ne posséder, comme le reste de l'intestin, qu'une sensibilité spéciale à la contracture de ses fibres lisses, tant qu'il n'est pas fortement enflammé.

La douleur appendiculaire spontanée indique donc, selon moi, une lésion déjà grave et dépassant déjà l'appendice, si bien que ce serait faire une faute que de l'attendre pour porter le diagnostic d'appendicite; si cette douleur apparaît à la suite d'une crise, comme chez mon premier malade, elle peut persister fort longtemps comme un souvenir de la crise, donnant au patient la sensation d'un corps étranger dans l'abdomen, mais alors le diagnostic est facile parce qu'il y a eu crise : jusqu'à ce moment elle passe presque toujours inaperçue. Il est vrai que la douleur à la pression dans un point très variable de la fosse iliaque droite se rencontre presque toujours dans les appendicites chroniques, et qu'on la

provoque également au même point et avec son même caractère par le toucher rectal, mais il faut savoir que cette douleur est quelquefois si légère que bien des malades hésitent à répondre quand on leur demande compte de leurs sensations.

Ici encore, cette absence ou cette insignifiance de la douleur provoquée n'est pas un argument contre l'appendicite; l'appendice peut, en effet, s'être enfoui sous le cæcum et la douleur à la pression n'être accusée que vers les fausses côtes ou même sous les fausses côtes gauches, comme l'ont indiqué MM. Quénu et Reynier. Plus on observe, plus on est amené à reconnaître l'importance des troubles digestifs à recrudescences plus ou moins fréquentes dans le cortège des symptômes de l'appendicite, et plus on voit que ces formes aiguës et chroniques se relient par toute une série de formes intermédiaires. Toutes les fois que l'on sera en présence de cas douteux, il sera donc bon de faire appel à toute la série des symptômes déjà connus, et c'est alors que la douleur appendiculaire spontanée, la plus transitoire et la plus légère, devra fixer l'attention du chirurgien et l'engager à porter ses investigations de ce côté.

Comme nous le disions plus haut, les troubles digestifs peuvent durer de longues années, sans que leur nature véritable soit reconnue. Mon premier malade les prend pour une attaque de choléra, et dans la suite les atteintes brusques de diarrhée, sans aucun changement de régime, prennent chez lui les allures d'un empoisonnement à répétition par évacuation intermittente dans le cæcum du liquide septique contenu dans l'appendice; dans une de ces crises de diarrhée fétide passagère un peu de sang macéré se mêle aux selles. J'y ai été encore trompé, il y a un an, sur une malade prise de diarrhée avec vomissements et algidité et se relevant en une demi-heure à la suite de quelques gouttes d'élixir parégorique (janvier 1903). L'attaque avait débuté le matin vers sept heures; à minuit tout était terminé, et il ne restait qu'un état de lassitude qui nécessita trois jours de repos; ni diarrhée, ni constipation consécutives.

Je considérai cette attaque comme un cas de choléra nostras, mais, deux mois après, douleur au flanc droit persistant malgré la diète et le repos absolu, et huit jours après, signes évidents d'appendicite.

L'état précaire de la malade et l'existence de foyers tuberculeux aux sommets des poumons firent ajourner l'intervention; et malgré la formation d'un abcès appendiculaire ouvert dès qu'il fut collecté, une péritonite généralisée amena rapidement la mort (avril 1903).

La fosse iliaque droite avait été explorée avec soin au moment

de la crise de janvier et je n'avais pu y provoquer la moindre douleur par les pressions les plus profondes; le ventre était parfaitement souple. J'ai appris depuis qu'une attaque du même genre s'était déjà produite l'été précédent, et je regrette de n'avoir pas tenté d'intervenir dès le début de la crise terminale, malgré le peu de chances qui restaient encore de sauver la malade.

Ce sont, comme l'a si bien dit M. Guinard, les cas malheureux qui nous instruisent le plus; et la conclusion que l'on peut tirer des miens, c'est que le principal danger dans l'appendicite vient du retard de son diagnostic; on est un peu étonné de la fréquence de cette maladie et beaucoup de médecins ne se résignent à la reconnaître que lorsqu'elle se présente avec tout le cortège symptomatique des anciennes pérityphlites ou péritonites, bref on recule trop souvent devant le mot d'appendicite et il est bon de se rappeler que cette maladie est actuellement l'une des plus fréquentes des affections graves du tube digestif et que bon nombre des désastres qu'elle entraîne sont imputables à la timidité des patients, des familles ou des médecins. La liste des maladies dont l'appendicite a emprunté les symptômes était déjà bien longue : étranglement interne, péritonite, entérocolite, cholérine, dyspepsie, etc., pour ne citer que les principales, M. Gely-Guinard vient de l'allonger encore et la longueur même de cette liste montre les difficultés du diagnostic. Ce n'est donc pas trop de faire appel à tous les symptômes connus pour étayer ce dernier en partant de ce principe que l'appendicite non compliquée n'est pas douloureuse et passe presque toujours inaperçue des patients, qu'elle se présente dans sa phase initiale souvent très longue sous forme d'auto-intoxication intermittente quelquefois à peine accusée par la mauvaise odeur des selles et leur consistance molle, au début ou à la fin de la défécation, avec sensation de brûlure anale, et enfin que la plus légère contracture lancinante profonde, la moindre trace de sensibilité à la pression doivent être prises en très sérieuse considération.

J'estime que la meilleure ligne de conduite est de formuler franchement le diagnostic d'appendicite toutes les fois qu'elle est au moins probable, de soumettre longtemps le patient au sous-nitrate de bismuth en potion ou suspension de manière à atténuer l'auto-intoxication et la fétidité des selles et d'intervenir après une période d'observation suffisante; l'appendicite parasitaire non compliquée me paraît seule justiciable d'une tentative de traitement médical par les anthelmintiques, qui m'ont donné un cas de succès complet datant actuellement de huit ans.

En procédant ainsi on restreindra peu à peu le nombre des insuccès opératoires à un groupe irréductible formé : 1° d'appen-

dicites par corps étrangers si communes chez les enfants mal protégés par l'insuffisance de leur instinct, appendicites dont la marche rapide ne permet pas toujours l'intervention en temps opportun, et 2° des cas aigus survenant sur d'anciens appendiculaires ignorants de leur maladie et n'ayant jamais consulté de médecin.

Je me rallie donc aux opinions de M. Gely-Guinard sauf en ce qui concerne le néologisme qu'il propose et qui ne me paraît applicable qu'aux points hystériques de la fosse iliaque droite siégeant au niveau de l'appendice; les cas rapportés par M. Gely-Guinard sont des appendicites d'une légitimité parfaite et je pense qu'il vaut mieux les appeler par leur nom.

Rapport.

Branchiomes cervicaux, par M. RIEFFEL.

Rapport par M. A. BROCA.

M. Rieffel nous a adressé, sur les appendices branchiaux du cou, un intéressant mémoire, établi sur une observation que voici.

Un garçon de six ans et demi portait à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche, sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, un appendice digitiforme, long de 25 millimètres sur 7 à 8 de large, indolent, formé de peau entourant une tigelle de consistance cartilagineuse. Cet appendice se relevait au moment de la déglutition. Il existait à la naissance, mais avec un volume environ moitié moindre; il s'est accru peu à peu, en même temps, affirme la mère, que sa consistance augmentait. Il n'existait aucune autre malformation appréciable de la face et du cou.

M. Rieffel pratiqua l'ablation de cette petite production. Aucun pédicule ne la rattachait au paquet vasculo-nerveux carotidien ni à l'arbre aérien. L'observation opératoire est muette sur les connexions avec la gaine aponévrotique du muscle sterno-mastoïdien, mais une figure schématique semble indiquer une continuité avec son bord antérieur, et cela s'accorde bien avec le redressement de l'excroissance lors de la déglutition.

La pièce était formée d'une gaine cutanée et d'une tige cartilagineuse centrale, bifurquée à ses deux extrémités. L'examen

histologique n'a pas été pratiqué, mais il est certain, d'après tout ce que nous savons sur le sujet, qu'il s'agit de cartilage.

A propos de ce fait, et après en avoir colligé trente-sept qu'il a trouvés dans la littérature médicale, M. Rieffel compare ces appendices à ceux que l'on observe à la région préauriculaire, et il conclut qu'entre les deux catégories, sans doute fort analogues, on a cependant exagéré les similitudes. Je ne reviens pas sur la description extérieure, bien connue, de la lésion, et j'arrive aux différences notées par M. Rieffel entre cette tumeur et les appendices faciaux.

Sur les différences de volume, passons : les cervicaux sont plus gros. Mais M. Rieffel insiste sur ce fait que les faciaux étant « en général » multiples, les cervicaux — si l'on met à part la bilatéralité — sont toujours uniques; les seconds se distinguent en outre par la constance de la tige cartilagineuse centrale, inconstante au contraire dans les premiers; par l'absence d'autres malformations congénitales, à la face ou ailleurs, sauf dans trois cas, tandis que cette coexistence s'observe « très souvent » avec les appendices congénitaux de la face.

Comme le dit fort justement M. Rieffel, cette association à des anomalies plus ou moins graves n'implique pas une différence de pathogénie, mais seulement une différence de date dans l'évolution tératologique, car on sait que plus un fœtus est frappé jeune et plus il est frappé de façon multiple et profonde; mais faut-il tirer des conclusions nettes à propos de la multiplicité fréquente des appendices préauriculaires et de l'absence possible de tige cartilagineuse en leur centre? Je crois que cela n'a pas grande importance, car à côté des appendices multiples, associés à d'autres malformations faciales plus ou moins profondes, on observe des cas plus fréquents où, la face étant bien conformée par ailleurs, il existe en avant du tragus une petite saillie conique, unique. Ces cas sont assez fréquents et assez connus pour que je n'aie pas cru devoir publier ou même tenir en compte ceux de ma pratique; mais j'en ai observé plusieurs, bien plus que d'appendices multiples, et dans tous ceux que j'ai extirpés — ce qu'on nous demande pour les filles presque exclusivement — j'ai trouvé une tigelle cartilagineuse centrale. De même dans les deux appendices cervicaux que j'ai enlevés, et que, soit dit en passant, je n'ai pas publiés. J'estime que bon nombre de chirurgiens d'enfants sont dans le même cas, et on doit tenir compte de ce fait, qui fait paraître la rareté de la lésion plus grande qu'elle n'est en réalité.

La pathogénie de ces malformations doit être attribuée à un trouble d'évolution des arcs branchiaux, mais on ne peut préciser davantage. Peut-être M. Rieffel exagère-t-il en se refusant

à admettre l'origine branchiale des plaques cartilagineuses que certains auteurs ont trouvées sessiles, intimement adhérentes au muscle sternomastoïdien : il faut, à son sens, que la production siège sur le bord antérieur du muscle ou en avant de lui, parce que, d'après les recherches embryologiques au-dessus ce muscle se développe sur le trajet d'une ligne allant de l'extrémité postérieure de la première fente branchiale à la paroi postérieure du sinus cervical. Les productions tératologiques n'en sont pas, d'une manière générale, à quelques millimètres près.

Il semble très probable, comme le dit M. Rieffel, que ces appendices cervicaux sont en rapport avec l'évolution du deuxième arc, car les troisième et quatrième arcs ou fentes, mis en cause par les auteurs relativement anciens, et même par quelques modernes, sont en réalité cachés dans la profondeur du cou. Mais M. Rieffel ne pense pas, malgré Kostanecki, qu'il s'agisse d'une production « operculaire », analogue aux nodules cartilagineux qui bordent parfois les fistules congénitales du cou ; il donne comme argument que dans les observations par lui colligées il n'y a jamais fistule concomitante, tandis que cette coexistence n'est pas rare aux régions auriculaire et parotidienne.

Il est impossible de déterminer quelle est la cause exacte de cette malformation par excès, et sur ce point je crois sage d'imiter la réserve de M. Rieffel.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Rieffel et de déposer son travail dans nos archives.

Communication.

Urupyonéphrose à forme suraiguë et siégeant dans le flanc droit,

par M. A. MIGNON.

Je voudrais vous présenter une observation d'uropyonéphrose dont les premiers symptômes à début brusque ont fait croire à une péritonite circonscrite d'origine appendiculaire et qui a été traitée comme telle.

De pareils faits sont rares. On connait bien l'hydronéphrose congénitale à évolution latente. On connait la poche hydronéphrotique descendant vers le bassin et simulant un kyste de l'ovaire. On connaît les transformations septiques des rétentions rénales primitivement aseptiques. Mais la réunion de l'évolution

latente de l'hydronéphrose, de sa descente dans la fosse iliaque et de son infection subite est tout à fait exceptionnelle. M. Mauny, (de Saintes), a communiqué en 1896 au X[e] Congrès de Chirurgie une observation qui se rapproche beaucoup de celle de mon malade.

La rareté de l'hydropyonéphrose suraiguë et siégeant dans le flanc *droit* excuse l'erreur de diagnostic commise par les médecins qui ont donné les premiers soins au malade. Je dois vous dire en effet que je n'ai pas assisté au début de l'affection, et que le blessé est arrivé dans mon service pour un complément de traitement.

Voici le fait :

Th..., âgé de 22 ans, faisait depuis huit mois régulièrement son service militaire et n'avait jamais été malade, lorqu'il a commencé à ressentir le 22 juillet 1902 quelques petites douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, douleurs qui revenaient chaque soir après le dîner. Le malaise était si léger que Th... ne jugea pas à propos de se présenter au médecin de son corps.

Le 27 août, la douleur devint subitement très aiguë, au point que le malade s'évanouit en allant aux cabinets. Ce fut le début d'un ensemble de symptômes qui vont faire mettre en cause l'appendice : douleurs spontanées vives au-dessus de l'arcade crurale droite; voussure iliaque; défense marquée de la paroi abdominale au moindre contact des téguments; température oscillant entre 39 et 40 degrés; pas de vomissements ni de diarrhée. *Rien de particulier du côté des urines.*

Le 1[er] septembre, le médecin traitant constate que la tuméfaction s'étend à tout le côté droit de l'abdomen. Il fait l'incision classique de l'abcès appendiculaire, et n'explore pas la cavité de la poche purulente : il se borne à la drainer.

L'écoulement n'a pas été très abondant pendant les cinq premiers jours; mais sa quantité devint tellement grande dans la suite que le malade était « noyé dans son lit », suivant son expression. Il fallait changer les alèzes plusieurs fois par jour.

Le 10 octobre, une odeur particulière du pansement fit soupçonner la présence de l'urine dans la sécrétion purulente et une analyse chimique confirma cette prévision. On draina alors la plaie abdomicale avec un tube assez long pour recueillir dans un vase le liquide secrété.

Th... resta ainsi dans l'hôpital de province où il avait été opéré jusqu'au milieu du mois de mars 1903.

Il entra alors au Val-de-Grâce. Son état général était satisfaisant, encore qu'il eût l'apparence d'un convalescent : figure pâle,

traits étirés, corps amaigri. Mais pas de fièvre, bon appétit et bon sommeil.

Il était porteur en permanence d'un long tube à drainage plongeant dans l'abdomen à hauteur de l'ombilic, sur le bord externe du muscle grand droit du côté droit et par où s'écoulait dans un urinal de l'urine trouble.

Le bulletin d'évacuation du malade mentionnait que la fistule urinaire abdominale était consécutive à une lésion de l'uretère survenue au cours d'une péritonite appendiculaire.

Cette hypothèse ne me satisfaisait pas beaucoup, parce que l'uretère ne se laisse pas facilement ulcérer par les inflammations de voisinage. Je songeais à une suppuration méconnue du rein. La palpation de la région lombo-iliaque laissait en effet percevoir une induration profonde; mais comme je ne pouvais pas interpréter cette induration, je ne me crus pas autorisé à faire un diagnostic rétrospectif.

Je me suis attaché à l'examen des urines du malade. Il était évident qu'il émettait toute l'urine du rein droit par la fistule abdominale et le tube de drainage, et l'urine du rein gauche par la vessie, puisque l'urine droite était laiteuse et l'urine gauche claire. Nous avions donc là une division très nette de la sécrétion des deux reins. Il y avait exactement la même quantité d'urine émise des deux côtés, soit 1.000 grammes, en tout 2.000 grammes.

Les deux urines ont été examinées au point de vue chimique, histologique et bactériologique, et les deux reins ont été soumis aux épreuves du bleu de méthylène et de la phloridzine.

Urine du rein droit : Aspect trouble et laiteux ; réaction alcaline ; densité 1010 à 1012; urée = 8 à 11 grammes ; acide urique = 0 gr. 12 à 0 gr. 40; acide phosphorique = 0 gr. 72 à 0 gr. 75; chlorure de sodium = 7 gr. 50; albumine = 1 gr. 50 à 3 grammes.

Cellules de pus mono ou polynucléées, prenant facilement la coloration; cellules plates de l'endothélium des calices, allongées, irrégulières ou polygonales, granuleuses et mal colorables, dont la chromatine des noyaux se laisse mal imprégner par les colorants nucléaires; quelques microcoques en courtes chaînettes qui n'ont pas été retrouvés par la culture; microbes de la putréfaction; pas de colibacilles; pas de staphylocoques. (Pr Vincent.)

Urine du rein gauche : Aspect jaune, ambré, normal; réaction acide; densité = 1020 à 1025; urée = 20 à 26 grammes; acide urique = 0 gr. 60 à 0 gr. 62; acide phosphorique = 1 gr. 10 à 1 gr. 80; chlorure de sodium = 12 grammes; albumine 0.

Perméabilité du rein droit : Après une injection d'un centigramme de la solution de bleu de méthylène à 1/40, c'est-à-dire après l'injection de 25 milligrammes de bleu et le malade étant

couché, l'élimination du bleu par le rein droit a commencé trois heures plus tard qu'à gauche, n'a duré qu'un jour et a été réduite à deux milligrammes, tandis que le rein gauche à éliminé 16mm,25.

L'injection sous-cutanée de 5 milligrammes de phloridzine a fait passer, pendant six heures seulement, 0 gr. 222 de sucre, alors que l'urine du rein gauche en contenait dans le même temps 1 gr. 017.

D'autre part, la quantité d'eau éliminée par le rein droit a été un peu inférieure à celle du rein gauche, le malade étant debou (605 centigrammes à droite; 795 centigrammes à gauche, dans les vingt-quatre heures). Dans une épreuve faite, le malade étant couché, le rein droit a éliminé 850 centigrammes contre 1100 à gauche.

Exploration du rein gauche. A l'exploration de la fosse lombaire gauche, le rein n'était ni volumineux ni douloureux.

Ces recherches nous ont amené à la double conclusion que le rein gauche de notre malade était sain et que le rein droit était profondément altéré surtout dans ses épithéliums. J'étais donc en droit de dire au malade que je lui enlèverais le rein droit si, au cours de l'opération qu'il me demandait pour guérir sa fistule urinaire, je croyais ne pouvoir rien faire de mieux que la néphrectomie.

C'est donc avec le projet d'explorer d'abord l'uretère et le rein et de régler mon intervention sur l'état des organes urinaires que je commençai l'intervention le 19 mai dernier.

Je fis l'incision lombaire oblique coudée pour pénétrer facilement dans l'espace costo-iliaque qui était très étroit et je trouvai toute la fosse lombaire occupée par le rein. Son bord convexe était allongé en bandelette entre la dernière côte et l'os coxal. Je voulus me rendre compte de ses limites exactes, mais impossible : des adhérences nombreuses et résistantes m'en défendaient l'accès. Cependant après quelques efforts, je reconnus que l'extrémité inférieure du rein descendait dans la fosse iliaque et que son extrémité supérieure remontait bien au-delà du bord inférieur de la dernière côte. La face antérieure collait au péritoine et la face postérieure était fixée dans la région lombaire. En voulant libérer cette dernière face, mon doigt pénétra dans une grande cavité qui me sembla un bassinet dilaté. Le diagnostic était établi. J'avais affaire à une hydronéphrose. Il fallait faire la néphrectomie. Je divisai le rein et le bassinet transversalement au-dessus de la fosse iliaque et je libérai successivement les deux parties. La libération de la partie supérieure m'amena sur le pédicule vasculaire qui était très grêle et que j'ai pu saisir avec une pince à forcipressure ordinaire. Je rencontrai aussi un petit uretère

flanqué sur la paroi interne de la poche, mais que les adhérences m'empêchèrent de disséquer et de suivre. La libération de la partie inférieure fut plus difficile que la précédente parce qu'elle plongeait très loin dans la fosse iliaque et venait adhérer à la paroi abdominale antérieure. Je ne pus même pas l'atteindre jusqu'au bout; je dus mettre un fil sur la corne antéro-inférieure de la poche et exciser celle-ci au-dessus du fil.

Je dois dire que l'opération a été très laborieuse, en raison des adhérences généralisées que présentait la poche hydronéphrotique. Elle a duré deux heures ; mais j'ai eu la satisfaction de la terminer sans accident.

Bien entendu, je n'ai fermé qu'incomplètement la plaie et j'ai largement drainé la fosse lombaire. J'ai laissé un tube dans le trajet fistulaire antérieur.

La cicatrisation s'est faite régulièrement : elle était complète en arrière à la fin de juin, et la fistule antérieure s'est fermée le 11 juillet.

L'observation du malade ne s'arrête pas là : après la guérison de l'opération de la néphrectomie, des phénomènes nouveaux se sont présentés qui ont éclairé la pathogénie de l'uropyonéphrose droite.

Les urines des six premiers jours ont été troubles, couleur orangeade, avec quelques globules sanguins et un dépôt blanchâtre assez abondant, L'émission était d'un litre par jour. Plus tard la diurèse fut de 2.000 à 2.500 grammes par jour. En même temps, le liquide s'éclaircissait et devenait pâle, tout en restant chargé de mucus et du même dépôt blanchâtre que l'analyse plusieurs fois répétée a montré être composé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Le rein gauche s'est hypertrophié au point de déborder la douzième côte de trois travers de doigt et de fixer par son état l'attention du malade et la nôtre. Il est de temps à autre le siège de poussées congestives qui le rendent spontanément douloureux et tellement sensible à la pression que le passage de la main dans la région lombaire détermine une contracture de défense des muscles abdominaux. A chaque crise rénale, le dépôt phosphatique augmente dans les urines.

Mais il y a plus, les douleurs rénales sont concomitantes de congestions de la prostate qui se traduisent par des cuissons dans l'urètre, un retard dans la miction une gêne dans la défécation et écoulement urétral laissant sur la chemise de larges taches d'un jaune foncé, épaisses, bien circonscrites. J'ai fait examiner au point de vue histologique et bactériologique le liquide urétral et voici la note qui m'a été remise :

Le liquide renferme une très grande quantité de cellules de

pus, des cellules épithéliales du canal de l'urètre et quelques rares petites cellules épithéliales venant vraisemblablement des culs-de-sac glandulaires de la prostate. Il n'y a point de globules sanguins, pas de cylindres, soit épithéliaux, soit glanduleux.

Les microbes rencontrés appartiennent à des espèces saprophytiques : ce sont des cocci le plus souvent isolés ou des bâtonnets présentant les caractères morphologiques et la coloration du coli. Il n'y a ni gonocoques ni bacilles de Koch.

Entre les crises douloureuses qui se reproduisent tous les mois, depuis l'opération, la région lombaire gauche reste un peu sensible, surtout le soir. La prostate est grosse et dure, mais ne donne lieu à aucune sécrétion apparente. Les mictions sont fréquentes : 12 à 14 par vingt-quatre heures et pénibles, surtout la nuit ; les urines présentent un léger nuage et varient de 1.500 à 2.000 grammes en vingt-quatre heures. Conclusion : Th... a une prostatite chronique avec des poussée saiguës.

Si j'insiste avec autant de détails sur les troubles urinaires post opératoires de mon malade, c'est qu'ils me semblent susceptibles, je le répète, de nous faire comprendre les accidents primitifs.

Th... portait une hydronéphrose droite congénitale et évidemment latente, puisqu'il ne s'était plaint d'aucun malaise aux médecins militaires qui l'ont examiné avant son incorporation. Cette hydronéphrose s'est brusquement infectée par une cause qu'il serait difficile de saisir, si nous n'avions observé les poussées de prostatite post-opératoires dont je viens de vous parler. Il n'est pas défendu de penser que le microbe pyogène de l'hydronéphrose est parti de la prostate, bien que l'interrogatoire du malade ne nous donne aucun renseignement à cet égard. Il affirme n'avoir jamais souffert de la prostate avant l'opération. Mais ne pouvons-nous pas juger du passé par le présent, et puisque le rein gauche devient douloureux en même temps que la prostate se tuméfie et secrète le liquide qui tache la chemise, ne sommes-nous pas en droit d'admettre que le rein droit atteint d'une lésion congénitale a été influencé par le trouble prostatique comme l'est aujourd'hui le rein gauche. La nature de l'inflammation de la prostate est évidemment difficile à saisir ; mais si le malade n'a pas eu de blennoragie, nous trouvons cependant dans les sécrétions prostatiques des germes pyogènes.

En somme cette observation se distingue par deux faits : le siège anormal d'une poche hydronéphrotique qui était descendue dans la fosse iliaque droite, et la prostatite chronique qui a été le point de départ de l'infection de la poche hydronéphrotique.

Présentations de malade.

Appareil de marche pour fractures de cuisse.

M. F. Legueu. — Je vous présente, au nom de mon interne M. Bailleul et au mien, un enfant auquel j'ai appliqué un appareil de marche pour fracture du fémur.

Je ne le présente pas seulement pour convaincre M. Hennequin que ces appareils de marche ne sont pas seulement des appareils de station, et qu'avec eux on peut bien marcher sans canne et sans appui. La chose est actuellement établie : et cet enfant marche toute la journée, et a même monté des escaliers.

Si je le présente, c'est surtout que j'ai cherché sur cet enfant à tourner la difficulté qui résulte de ce que les appareils de marche ne sont pas des appareils de réduction, mais seulement de contention.

Chez cet enfant, qui avait une fracture très oblique du fémur, j'ai d'abord appliqué l'appareil de Tillaux ; puis le treizième jour, alors que ledit appareil avait donné tout le résultat qu'il pouvait donner, j'ai fait sur ce fémur encore mobile et très douloureux à la mobilisation, j'ai fait, avec mon interne M. Bailleul, l'appareil que je vous présente aujourd'hui, et qui a permis à cet enfant de marcher dès le quatorzième jour de sa fracture.

Pour l'application de l'appareil, nous avons modifié la technique que nous avions suivie précédemment, et dont nous n'avions pas été satisfait au point de vue de la réduction ; au lieu d'appliquer l'appareil en situation verticale, nous l'avons appliqué l'enfant étant en situation horizontale, avec la même extension qu'il avait avant. Dans ces conditions, l'appareil de marche a figé, pour ainsi dire, a consacré le résultat que l'extension nous avait donné pendant quelques jours, et vous pouvez voir sur ces radiographies prises avant et après l'appareil de marche que la fracture est restée dans l'appareil de marche, et malgré la marche, ce qu'elle était avant.

Je ne sais si l'application de l'appareil sur un malade en situation horizontale est possible chez l'homme adulte, mais je pense au moins qu'il doit être très possible de concilier utilement, ainsi que je l'ai fait ici, les avantages de l'extension continue et de l'appareil de marche.

M. Broca. — Je ferai remarquer, dans l'espèce, le peu d'avantage de l'appareil de marche, puisque préalablement il a fallu douze

jours d'extension continue, et qu'en moyenne, à cet âge, je fais lever les sujets vers le vingt-cinquième jour. Le bénéfice, pour un enfant, me paraît médiocre.

M. Pierre Delbet. — Je veux dire à mon ami Legueu que j'ai toujours procédé comme il vient de le faire. J'applique l'extension avant de faire l'appareil plâtré ; mais je ne crois pas qu'il y ait le moindre avantage à laisser la traction pendant douze jours ; quarante-huit heures suffisent.

Je n'applique pas l'appareil plâtré dans la position verticale, comme paraît le croire Legueu. Je le fais dans la position horizontale. Je n'ai pas décrit la technique, ainsi que je l'ai dit dans la discussion récente, parce que je la crois susceptible de perfectionnements.

M. Tuffier. — Je tiens à faire remarquer que l'observation de M. Legueu n'a aucune espèce de valeur au point de vue de la réduction de la fracture de cuisse. Il nous montre une seule radiographie prise après réduction. Il existe nettement un chevauchement notable, et je déclare que ce chevauchement devait être exactement le même avant la prétendue réduction. La démonstration est donc nulle.

M. Kirmisson. — La présentation actuelle n'offre réellement d'intérêt que lorsqu'on nous remontrera le malade et qu'on pourra se rendre compte des résultats.

M. Legueu. — J'admets avec M. Broca que la question des appareils de marche n'a aucun intérêt chez l'enfant, mais il faut voir et peut-être pourra-t-on appliquer à l'adulte les indications qui résulteront de l'application de ces appareils à l'enfance.

A M. Tuffier, je réponds que je n'ai pas à comparer le résultat actuel au résultat avant l'extension : je ne montre cet appareil qu'au point de vue de la combinaison d'une extension prolongée avec un appareil de marche.

Nouveaux appareils de prothèse pour les amputés.
Présentation de malade et d'appareil.

M. Tuffier. — A l'exposition de 1900, ayant à émettre un vote au sujet de différents modèles d'appareils prothétiques, nous avons été obligé de donner le grand prix à un fabricant américain. Depuis cette époque j'ai cherché si nous pouvions mieux faire que

nos collègues et après maints essais je demandai à M. le Dr Ducroquet dont vous connaissez tous les corsets de construire pour nos amputés des appareils prothétiques basés sur le même principe. A l'heure actuelle, les appareils du Dr Ducroquet réalisent un considérable progrès sur tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

Le malade que je vous présente est un amputé de jambe pour tumeur blanche du pied suppurée. L'amputation a eu lieu, bien entendu, sous la rachicocaïnisation. Il a son appareil depuis quinze jours ; il marche très bien. Si vous examinez le point d'appui, vous verrez qu'il n'est pas sur l'extrémité du moignon, mais bien, comme cela doit toujours avoir lieu, sur la partie antérieure et les parties latérales des plateaux tibiaux. Cette prothèse est vraiment parfaite et je veux à propos de ce malade vous montrer le mécanisme des appareils de Ducroquet.

Je crois donc que nous n'aurons plus besoin, pour donner à nos opérés le maximum de bénéfice, de les greffer sur plant américain.

I. *Nouvel appareil pour amputation de jambe au tiers supérieur.* — Les appareils fabriqués jusqu'ici pour ces amputés sont de deux sortes : les premiers font appuyer le membre artificiel sur le genou plié à angle droit et par conséquent suppriment totalement les mouvements de cette articulation.

Les seconds utilisent ces mouvements, mais constituent des appareils très lourds avec point d'appui sur l'ischion et ceinture de fixation autour du bassin.

Le Dr Ducroquet nous apporte un appareil d'un système entièrement nouveau, construit en celluloïde ignifugé et renforcé par des lames d'acier trempé qui le rendent indéformable. Le tout ne pesant pas *plus de* 500 *grammes.*

Le principe de l'appareil est dans la façon dont est pris le moulage. Au lieu de la bouillie plâtrée qui donne des formes rondes sans modèle, le Dr Ducroquet utilise des bandes de tarlatane plâtrées qui lui permettent de prendre un modelé très soigné des plateaux tibiaux et de la tête du péroné.

L'appareil en celluloïd est ensuite moulé sur ce modelage de plâtre. Il se compose d'une partie jambière moulée sur le moignon et articulée latéralement avec un cuissart très court (10 à 15 centimètres); ce cuissart présente deux ailettes latérales qui prennent point d'appui sur les condyles fémoraux et empêchent ainsi l'appareil de descendre.

Détail important : les points d'appui tant fémoraux que tibiaux étant surtout antérieurs, le laçage de l'appareil se fait à sa partie

postérieure, ce qui assure une meilleure stabilité que le laçage en avant.

De petits muscles artificiels de caoutchouc passent en avant du genou et viennent renforcer l'action du quadriceps.

II. *Appareil pour désarticulation du genou chez un enfant de treize ans.* — Le pilon en bois employé auparavant pesait 1.500 grammes, celui-ci en pèse 500. Il est constitué essentiellement par le modelage des condyles à leur partie supérieure et inférieure et le modelage de l'ischion : Le modelage des condyles fixe l'appareil de haut en bas, le modelage de l'ischion se fixe de bas en haut.

Le cuissard est divisé en deux parties que l'on peut éloigner l'une de l'autre à mesure que la cuisse augmente de longueur. De même, le pilon lui-même peut être allongé au cas de croissance de la jambe valide.

Le poids du corps pendant la marche est réparti moitié sur la cuisse, moitié sur le moignon, et, si on se trouvait en présence d'un moignon douloureux, il serait très facile, en détruisant la partie sous-condylienne du cuissard, de faire porter le poids du corps exclusivement sur l'ischion.

Le gros avantage de ces appareils est la suppression de toute sangle autour de la ceinture ou des épaules; leur légèreté est incomparable, ainsi que leur durée; renforcés par des lames d'acier trempé, ils résistent bien plus longtemps que n'importe quel appareil.

Pseudarthrose kystique.

M. Paul Reclus. — Le malade que je vous présente était atteint de pseudarthrose. J'avais pensé à l'interposition de quelques lambeau musculaire et j'ai trouvé, au cours de l'opération, un énorme kyste séreux, vestige d'un épanchement sanguin et qui séparait le fragment supérieur et le fragment inférieur, d'un fragment intermédiaire considérable. C'est entre ces trois fragments que siégeait le kyste.

L'opération a consisté à détruire les parois du kyste et à essayer de rapprocher, de juxtaposer et de suturer le fragment supérieur et le fragment inférieur après avoir extirpé le fragment moyen absolument séparé du fragment supérieur et de l'inférieur. J'y suis parvenu; mais les deux fragments le supérieur et l'inférieur tous les deux effilés en pointe aiguë présentaient une masse osseuse si minime, si insignifiante que je croyais la formation d'un cal impossible. Au contraire la consolidation a été rapide et parfaite.

Je ne m'explique ce fait paradoxal que par la persistance du périoste du fragment moyen extirpé. J'avais conservé ce périoste et je m'imagine qu'il a formé la majeure partie de la substance osseuse qui a engainé les fragments effilés et permis ainsi leur coalescence.

Présentation de radiographie.

Balle incluse dans le sinus maxillaire.

M. Lejars. — Voici les radiographies d'une balle de 9 millimètres incluse dans le sinus maxillaire droit. Le blessé s'était tiré un coup de pistolet à la partie antéro-inférieure de la fosse temporale, et le trajet avait obliqué de biais et en dedans. J'essayai d'abord d'extraire le projectile par cette voie, mais la profondeur était trop grande, et je pratiquai la trépanation du sinus par la fosse canine ; la balle fut alors retirée sans difficulté.

Ces corps étrangers, et particulièrement ces projectiles isolés dans le sinus, sont assez rares ; quant à la voie d'extraction, la fosse canine paraît la plus simple et la meilleure.

M. Pierre Sebileau. — Les corps étrangers des sinus sont, comme le dit mon ami Lejars, assez rares. J'ai extrait, il y a déjà quelques années, du sinus frontal une balle de revolver et, l'an dernier, du sinus maxillaire, l'extrémité d'un manche de canne ou de parapluie, je ne me rappelle plus au juste.

Dans le cas de Lejars, il s'agissait d'un traumatisme récent. Dans le mien, il s'agissait d'un traumatisme ancien. Le corps étranger avait provoqué une suppuration sinusale dont la cause avait été méconnue, le malade ignorant lui-même la chose, ou, tout au moins, ne l'ayant jamais signalée ; le sinus avait été une première fois ouvert et curetté sans que le corps étranger vînt. Une large trépanation de la paroi antérieure du sinus me permit de faire un nettoyage complet de la cavité sinusale remplie de fongosités, et d'extraire le corps étranger.

Élections.

NOMINATION DE DEUX MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Premier tour.

Nombre de votants : 37. — Majorité : 19.

M. Cottin	obtient :	18	voix.
M. Girard	—	16	—
M. Mordret	—	14	—
M. Fontoynont	—	12	—
M. Lafourcade	—	4	—
M. Baulet	—	1	—
M. Girou	—	1	—
M. Letoux.	—	1	—
M. de Rouville	—	1	—
M. Vanverts.	—	1	—
Bulletin nul.	—	1	—

Deuxième tour.

Nombre de votants : 38. — Majorité : 20.

M. Cottin	obtient :	21	voix.
M. Girard	—	19	—
M. Mordret	—	3	—
M. Fontoynont	—	1	—
M. Lafourcade	—	1	—
M. de Rouville	—	1	—
M. Gandies	—	1	—

En conséquence, M. Cottin est nommé membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

Troisième tour.

Nombre de votants : 38.

M. Girard	obtient :	17	voix.
M. Mordret	—	16	—
M. Fontoynont	—	4	—
M. Lafourcade.	—	1	—

En conséquence, M. Girard est nommé membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

NOMINATION D'UN MEMBRE ÉTRANGER.

Nombre de votants : 37. — Majorité : 19.

M. Auguste Reverdin. . .	obtient :	25	voix.
M. Hawardt Kelly.	—	7	—
M. Harsley	—	3	—
M. Mikulicz	—	2	—

En conséquence, M. Auguste Reverdin (de Genève) est proclamé membre associé étranger.

NOMINATION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Nombre de votants : 28. — Majorité : 18.

M. Senn	obtient :	25	voix.
M. Djemil Pacha.	—	23	—
M. Kalliontzis	—	20	—
M. Von Acker	—	7	—
M. Duprat	—	2	—
M. Balding Burn.	—	2	—
M. Jescaon.	—	2	—
M. Crasti.	—	1	—

En conséquence, MM. Senn, professeur à Rush-College, Chicago. Kalliontzis, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine d'Athènes, et Djemil-Pacha, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté impériale de médecine de Constantinople, sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX ,imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(3 février 1904.)

Présidence de M. Kirmisson

ALLOCUTION DE M. KIRMISSON

Président.

Mesdames et Messieurs,

Par un privilège bien rare, je suis appelé à présider deux années de suite la séance annuelle de la Société de Chirurgie. Ce privilège, je pourrais à bon droit m'en féliciter, si je ne le devais, hélas! à la plus douloureuse des circonstances. Vous n'avez point oublié quelle était, l'année dernière, à pareille époque, notre angoisse. Nous savions notre cher président Bouilly frappé d'un mal inexorable, et nous, ses meilleurs amis, nous en étions réduits à formuler un seul vœu, celui de ne pas voir se prolonger trop longtemps ses souffrances.

Avec quelle indomptable énergie, avec quel admirable stoïcisme, il a envisagé sa fin prochaine, vous le savez tous. Pour ma part, je n'oublierai jamais notre dernière entrevue. Il me remémora peu à peu les souvenirs de notre vieille amitié, les étapes que nous avions franchies ensemble, puis tranquillement il prit congé de moi, comme s'il se fût agi seulement de son départ pour un lointain voyage. Nous nous embrassâmes longuement, et je le quittai en pleurant à chaudes larmes, sentant bien que je ne devais plus le revoir. Du moins lui a-t-il été épargné de voir tomber avant lui un de ses disciples les plus chers, un de nos jeunes collègues les plus distingués, qui devait le suivre de si près dans la tombe!

Messieurs, je ne m'attarderai point à faire ici l'éloge de notre ami et cher président. Je me reprocherais de vous faire attendre les paroles éloquentes que M. le secrétaire général a bien voulu consacrer à sa mémoire, et que vous avez hâte d'applaudir.

A quelques mois de là, un coup nouveau venait nous frapper, celui-ci d'autant plus cruel qu'il était plus inattendu. Au cours d'une santé parfaite en apparence, notre collègue Gérard Marchant était brusquement foudroyé par une apoplexie. Quand nous évoquons son souvenir, la douceur, l'aménité du caractère, le charme des relations, tout, dans notre cher collègue, vient raviver la douleur que nous cause une perte si brusque et si inattendue. Mais ce serait une erreur de croire que, dans Gérard Marchant, ce soit l'homme seulement que nous pleurions. Quelles que fussent chez lui les éminentes qualités du cœur et de l'esprit, elles ne sauraient voiler à nos yeux sa grande valeur scientifique et son talent chirurgical. Sa thèse inaugurale sur les hémorragies de l'artère méningée moyenne, restera comme un progrès incontestable dans l'étude de la compression cérébrale et de son traitement. Je dois citer encore son travail sur les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, ses mémoires sur l'extirpation du ganglion de Gasser et sur le traitement du prolapsus du rectum par la rectopexie. Tous les travaux de notre regretté collègue portent la marque d'un esprit judicieux et éclairé. Il ne prenait la parole qu'à bon escient dans nos discussions, et son argumentation se faisait remarquer par la justesse des idées associée à la plus grande courtoisie. Le souvenir de ce collègue distingué trop tôt enlevé à la science et à notre affection, restera longtemps vivant au milieu de nous.

Nous pouvions espérer, Messieurs, que ce coup si pénible et si inattendu resterait du moins isolé, et que, pendant longtemps, nous ne verrions pas se produire de nouveau vide dans nos rangs. Hélas! l'avenir est vite venu donner à notre espoir un cruel démenti. Déjà, à la veille des vacances dernières, la santé de notre collègue M. Brun inspirait les plus vives inquiétudes. Nous étions péniblement impressionnés par son amaigrissement et l'altération croissante de ses traits. En dépit du repos, le mal fit de rapides progrès, au point de déterminer, au milieu de novembre, une issue funeste. La mort de Brun, comme celle de Gérard Marchant, fut pour notre Société une perte sensible. Chez lui, la netteté de l'esprit et la solidité du jugement s'associaient à une rare élégance de la forme qui en rehaussait la valeur. Après avoir consacré quelques années à l'étude de l'ophtalmologie, notre collègue s'était consacré à la chirurgie infantile, et, dans cette branche de notre art, il nous apporta des travaux remarquables, soit qu'il s'agît de l'appendicite, soit qu'il étudiât la coxa vara ou les luxations congénitales de la hanche. Les brillantes qualités de son intelligence, aussi bien que sa haute valeur morale, l'avaient fait choisir par ses collègues pour les représenter au conseil de sur-

veillance de l'Assistance publique, et là encore, il s'acquitta de sa tâche avec une rare distinction.

Pendant que notre Société était si cruellement frappée par la disparition prématurée de trois de ses membres titulaires les plus distingués, nous n'étions pas moins éprouvés par les décès qui se produisaient au dehors, parmi nos membres correspondants nationaux et étrangers. Durant l'année qui vient de s'écouler, nous avons perdu trois de nos membres correspondants nationaux : MM. Chalot (de Toulouse), Nepveu (de Marseille), et Turgis (de Falaise).

Professeur à la Faculté de Toulouse, M. Chalot s'était fait connaître surtout par ses travaux relatifs à la médecine opératoire. Dans ces dernières années notamment, il vous avait fait une communication très remarquée sur le traitement des formes graves de l'imperforation ano-rectale. Travailleur acharné, il est permis de croire que le surmenage intellectuel qu'il s'était imposé, n'a pas été sans influence sur sa fin prématurée.

Après avoir fait partie de notre Société en qualité de membre titulaire pendant plusieurs années, M. Nepveu, quittant Paris pour devenir professeur d'anatomie pathologique à l'École de Médecine de Marseille, dut échanger son titre de membre titulaire contre celui de correspondant. Il se fit connaître parmi nous par diverses communications afférentes à la chirurgie, et qui reflétaient l'enseignement de son maître Verneuil. Mais ce sont surtout ses travaux sur la bactériologie, qui sauveront son nom de l'oubli. Là, il a été véritablement un précurseur, soit qu'il étudiât les microbes du sac herniaire en cas d'étranglement, soit qu'il démontrât, dès 1870, la présence de bactéries dans le sang des plaques érysipélateuses.

Par son intelligence et son dévouement dans l'exercice de sa profession, le Dr Turgis (de Falaise) avait su conquérir l'estime et l'affection de ses compatriotes qui l'avaient nommé sénateur de son département. Sans se laisser absorber entièrement par la politique, il nous avait à plusieurs reprises envoyé d'intéressants travaux.

En dehors de France, nous avons perdu le professeur Carl Maydl, un des plus brillants élèves d'Albert (de Vienne), et, depuis quelques années, professeur à l'Université de Prague. Son nom reste attaché à un certain nombre de procédés opératoires, notamment au manuel opératoire de l'anus artificiel, et au traitement de l'exstrophie de la vessie.

Enfin, le professeur Gallet (de Bruxelles), que nous avions nommé correspondant au commencement de 1903, a été enlevé

prématurément dans le cours même de l'année, par une cruelle maladie.

Messieurs, quelques nombreuses et cruelles que soient nos pertes dans cette année néfaste entre toutes, ne nous laissons point abattre. Tout en conservant pieusement le souvenir des collègues aimés et estimés dont nous déplorons la mort, tournons courageusement nos regards vers l'avenir, et, comme de bons soldats, serrons les rangs. C'est dans cet esprit que je fais appel à nos nouveaux élus. Ce sont, parmi les membres titulaires, MM. J.-L. Faure et Lyot; parmi les membres correspondants nationaux, M. Cottin (de Dijon) et Girard (de Bordeaux); à l'étranger, vous avez nommé associé M. Auguste Reverdin (de Genève), et correspondants MM. Senn (de Chicago), Kalliontzis (d'Athènes) et Djemil-Pacha (de Constantinople). A tous, je souhaite en votre nom la bienvenue, et je les convie à prendre une part active à l'œuvre commune.

Messieurs, le règlement invite votre président à vous présenter chaque année un rapport sur la situation morale et financière de la Société. De la situation financière, je ne dirai pas grand'chose, sinon que notre sympathique trésorier, M. Walther, vous a présenté en temps utile son rapport. Grâce à son activité et à son dévouement, nos finances sont prospères, et je me bornerai à lui adresser ici en votre nom tous mes remerciements.

Notre situation morale me paraît également ne rien laisser à désirer ; pour s'en convaincre, il suffit de parcourir vos bulletins, et de voir le nombre et l'importance des communications qui y sont contenues. Cette année, comme les années précédentes, vos séances ont été suivies avec empressement, non seulement par les membres de notre Société, mais aussi par les personnes étrangères, attirées par la valeur de vos travaux et l'intérêt de vos discussions; ce qui montre bien qu'en dépit du nombre journellement croissant des sociétés rivales, la Société de Chirurgie de Paris a conservé près du public médical une légitime autorité. Sur un point seulement, je me permettrai une courte remarque. Je fais ici allusion aux présentations de malades et de pièces anatomiques dont le nombre va sans cesse grandissant. Il en résulte nécessairement à la fin de nos séances une certaine confusion. En présence d'une pareille multiplicité de faits, il est en outre bien difficile de consacrer à chacun d'eux un examen suffisant. Il y aurait lieu, je pense, de restreindre la présentation des malades et des pièces à certains faits rares et curieux, ou bien encore particulièrement démonstratifs. Je sais bien qu'au milieu de tant de richesses, il est bien difficile d'élaguer. La Société de Chirurgie constitue en effet une grande société d'enseignement

mutuel, où chacun de nous s'empresse d'apporter tous les cas instructifs qui se présentent à son observation; mais ce qui fait avant tout sa haute valeur morale, ce qui lui assure en dépit des années une incontestable vitalité, c'est le souffle qui l'anime. Fondée par des hommes éminents, chez qui l'élévation des sentiments était à la hauteur du talent, la Société de Chirurgie nous apparaît comme un legs précieux qui nous a été confié par nos maîtres, que nous avons souci de ne pas laisser s'amoindrir entre nos mains, pour le transmettre intact à nos successeurs. A cette tâche, nous consacrons tous nos efforts et notre affectueux dévouement. Aussi, Messieurs, avant de quitter le fauteuil présidentiel, je crois ne pouvoir mieux vous témoigner ma reconnaissance, pour le très grand honneur que vous m'avez fait en m'y appelant, qu'en exprimant ici les vœux sincères que je forme pour l'avenir de notre chère Société.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1903,

par M. Félizet, secrétaire annuel.

Messieurs,

La tâche de votre secrétaire annuel est aujourd'hui particulièrement facile. Si les travaux des douze mois écoulés n'ont été marqués par la production d'aucune découverte saillante, ils ont du moins ajouté au bon renom de la Société de Chirurgie, toujours laborieuse, toujours ardente à chercher la vérité.

Ce rapport ne pouvait être et ne sera qu'une impartiale énumération de vos travaux.

La remarquable communication de M. Quénu sur les germes atmosphériques qu'on peut trouver dans les salles d'opérations a donné lieu à une assez longue discussion qui s'est prolongée cette année. De cette discussion, ne se dégage aucune notion bien nouvelle. Je vous rappelle seulement que M. Quénu préconise pour la désinfection l'eau oxygénée; d'autres accordent leurs préférences au formol, et M. Walther nous donne un moyen vraiment simple de faire disparaître l'odeur de cet agent microbicide. « Il suffit,

dit-il, de répandre sur le sol de la pièce à désinfecter un peu d'ammoniaque. »

Des préoccupations d'esthétique ont déterminé une série de modifications dans la technique de plusieurs opérations courantes, je veux dire dans le tracé des lignes d'incision.

M. Morestin s'est servi d'une boutonnière axillaire pour extirper certains néoplasmes mammaires. Un tel procédé ne manque par d'élégance. Il ne saurait toutefois être généralisé, en raison des mécomptes qu'il pourrait donner. L'incision qu'on peut cacher derrière l'oreille pour pratiquer l'ablation des tumeurs circonscrites de la parotide expose à la blessure du facial, comme le montrent MM. Walther et Ricard. La boutonnière axillaire elle-même a ses dangers. Plus d'un d'entre nous qui croyait extirper un adénome du sein s'est aperçu, au cours de son intervention, qu'il s'agissait d'un cancer au début de son évolution et s'en est aperçu parce qu'il avait eu recours à l'incision de la mamelle.

De ces incisions esthétiques, je rapprocherai les injections de paraffine, puisqu'elles aussi sont appelées à dissimuler des malformations congénitales ou acquises.

C'est ainsi que M. Guinard a eu l'idée d'injecter de la paraffine dans le scrotum des ectopiques. L'avenir seul pourra permettre de juger la valeur de cette tentative.

C'est ainsi que M. Delangre a restauré des lésions traumatiques de la face. Il s'est bien trouvé de maintenir le modelage, jusqu'à restauration complète, à l'aide d'un moule en vulcanite.

Mais le dernier mot n'est pas dit sur cette question de prothèse. M. Lejars nous a fait connaître l'un des accidents de cette méthode : la diffusion de la paraffine, et M. Tuffier a vu des ulcérations et des fistules résulter d'une injection de paraffine dans la mamelle.

En matière de cancer, le même auteur nous a vanté les bons effets des rayons Rœntgen sur la cicatrisation des épithéliomas cutanés et M. Picqué nous a communiqué deux observations de botryomycose. Comme M. Terrier, M. Picqué montre qu'il s'agit là non point d'une lésion spécifique, mais de simples bourgeons charnus.

J'en ai fini, Messieurs, avec les travaux concernant la chirurgie générale, et j'en viens à la chirurgie de l'appareil vasculaire qui nous a valu une série de documents, intéressante à des points de vue variés.

M. Tuffier vous a raconté comment il a pu extraire de la paroi de l'oreillette gauche une balle de revolver de six millimètres. A

propos de cette communication, un long débat s'est élevé entre MM. Poirier, Reynier, Terrier, Reclus, Potherat et Walther. Ce débat n'a pas toujours présenté la mesure, qu'on a coutume d'observer dans les discussions d'ordre scientifique. La question de la motilité du péricarde s'est trouvée soulevée : elle n'a pas reçu de solution ferme.

M. Wiart a suturé l'iliaque externe; M. Delbet nous a montré un anévrisme fémoral qu'il a eu l'occasion d'opérer; M. Monod et M. Lefort ont pratiqué l'extirpation d'anévrismes poplités. M. Walther, enfin, a publié l'histoire d'une rupture de la fémorale, survenue spontanément chez un athéromateux.

Dans le même ordre d'idées, je vous rappellerai un cas de suture de la veine cave, que nous devons à MM. Pousson et Chavannaz, et le travail que nous a envoyé M. Brault sur le traitement sanglant de l'ulcère variqueux, traitement qui n'est pas jeune et qu'ont trop délaissé nos contemporains.

Je ne veux pas oublier les observations que M. Faure a consignées dans nos Bulletins, sur les blessures du canal thoracique. Des expériences, déjà anciennes, de M. Terrier, d'un fait de Ricard et des deux observations de M. Faure, il résulte que les plaies du canal thoracique ne sont pas d'un pronostic sévère. Elles guérissent le plus souvent par la compression pure et simple.

En matière de chirurgie nerveuse, je dois une mention aux lectures de MM. Lucas-Championnière et Tuffier qui tous deux sont intervenus pour mettre un terme à des accidents d'épilepsie bravais-jacksonienne.

Pour guérir un malade atteint d'un tic douloureux de la face, datant de sept années, M. Poirier a réséqué le ganglion cervical supérieur. Une amélioration sensible s'est produite progressivement chez l'opéré de M. Poirier, mais peut-être est-il encore prématuré de prononcer le mot de guérison.

Enfin M. Faure nous a entretenu de la cure chirurgicale de la paralysie faciale périphérique. L'anastomose du spinal et du facial a donné des succès sur la constance desquels M. Faure n'osait pas compter de prime abord.

L'appareil digestif a été l'objet de nombreux travaux.

M. Routier nous a cité l'observation d'un de ses malades, opéré d'un cancer de la langue, et qui depuis neuf ans n'a pas eu de récidive.

M. Guinard vient d'observer un malade qui fut opéré à deux reprises en 1885, et qui présente, mais au bout de dix-huit années seulement, une récidive.

M. Reclus nous a entretenu d'un patient atteint d'épithélioma

qui dut subir huit interventions en l'espace de vingt et un ans.

La pharyngotomie latérale vient d'être employée par M. Quénu pour l'extraction de corps étrangers enclavés dans la muqueuse. C'est au dire de notre collègue une opération facile et d'une grande innocuité. Elle a encore un avantage : elle permet l'extraction des corps étrangers de l'œsophage sur lesquels nous n'avions d'action que par l'œsophagotomie.

Cette œsophagotomie, M. Sebileau vient d'avoir l'occasion de la pratiquer cinq fois, chez l'enfant, avec un plein succès. Et je me permettrai de féliciter notre collègue de n'avoir pas cédé à la tentation d'employer le malencontreux panier de de Graefe et d'avoir recouru d'emblée à un procédé vraiment chirurgical.

La tolérance de l'œsophage pour les corps étrangers est un phénomène sur lequel il serait dangereux de compter, bien qu'on en cite quelques exemples.

Je ne veux pas oublier M. Faure dans la revue de vos travaux. A deux reprises, il a extirpé l'œsophage atteint de lésions néoplasiques. Il a utilisé la voie médiastinale postérieure droite, après résection des six premières côtes, et si sa tentative ne trouve pas d'adeptes, je veux espérer qu'elle ne sera pas cependant inutile.

Je n'insisterai guère sur la chirurgie de l'estomac et sur celle de l'intestin. Elle a donné surtout matière à des présentations. Aucune notion n'en ressort qui présente un intérêt très général, susceptible de retenir votre attention.

Je veux toutefois faire une exception pour l'histoire de l'appendicite. A diverses reprises, elle a été le prétexte de longues discussions auxquelles ont pris part la majorité d'entre vous.

Il n'appartient pas au secrétaire de la Société de donner son avis personnel sur la question. Il se borne a enregistrer les faits et à constater qu'avant, comme après les débats, nous restons divisés en deux camps, les radicaux et les opportunistes, pour répéter les expressions employées ici même.

Beaucoup de choses ont été dites qui méritent d'être mises en relief.

Notre collègue Quénu a insisté sur ce fait que la maladie est une, que ses formes cliniques peuvent varier presque à l'infini, qu'à ces formes différentes répondent des thérapeutiques différentes. Il insiste sur les formes toxhémiques de l'appendicite.

M. Picqué vous a lu une observation d'appendicite gangreneuse d'emblée et de péritonite généralisée, opérée à la trentième heure avec un plein succès.

M. Legueu vous rappelle que le diagnostic de la maladie et que le diagnostic de l'intervention prêtent trop souvent à l'erreur. Comme certains d'entre vous, il avoue ne pas savoir distinguer

« les appendicites qui voudront bien se laisser refroidir et celles qui vont tuer sans merci ».

Entre autres faits, M. Broca vous met en garde avec raison sur les statistiques qu'on pourrait être tenté d'interroger. Il vous montre que les statistiques qu'il a pu faire et celles que nous apporte M. Jalaguier ne sont point comparables puisque M. Jalaguier « a l'heureuse chance de n'avoir jamais été depuis 1892 à la tête d'un service d'hôpital où l'on fît des admissions d'urgence ».

Je vous rappellerai, Messieurs, qu'on a signalé cette année comme agents provocateurs de l'appendicite des corps étrangers, tels qu'une épingle (Quénu, Félizet) ou qu'un tænia (Martin) et que la phlébite et l'embolie sont des complications de l'appendicite qui sont loin d'être exceptionnelles.

Dans les perforations du rectum consécutives à l'hystérectomie, qui ne sont pas justiciables de la suture, M. Chaput vous a proposé une manœuvre qu'il appelle le cloisonnement du bassin; c'est là une application de la méthode de péritonisation bien connue de nombre d'entre vous.

La cure des fistules recto-vaginales exige une thérapeutique en rapport avec le siège de la lésion. Les fistules basses et moyennes peuvent être opérées avec la méthode que j'ai proposée il y a plus de vingt ans.

La cure dans les fistules haut situées est plus délicate et M. Legueu vous a vivement intéressés en vous exposant un procédé nouveau qui consiste à pratiquer le dédoublement du périnée et la section du vagin.

Les glandes annexées à l'appareil digestif ont été l'objet de lectures nombreuses.

En pratiquant l'ablation d'une volumineuse tumeur parotidienne M. Berger a vu survenir une paralysie faciale, bien que le nerf de la septième paire n'eût pas été touché. En pareil cas, il nous rappelle que la paralysie qui apparaît le jour de l'intervention est fonction d'une élongation du nerf; la paralysie tardive, au contraire, est le fait d'une névrite qui guérit toujours au bout d'un temps plus ou moins prolongé.

C'est par la région latérale du cou que M. Le Dentu a extirpé un néoplasme parotidien développé sur la face profonde de la glande.

En raison de leur origine embryologique, je rapprocherai des glandes digestives les dérivés branchiaux dont M. Reclus a étudié devant nous la pathologie.

Il nous a fait l'histoire d'une tumeur du corpuscule rétro-carotidien et nous a entretenu de ses trois observations de branchiomes.

Ces tumeurs qui procèdent des résidus des arcs branchiaux se comportent parfois comme des tumeurs malignes. Leur extirpation ne va pas sans de grands délabrements. Elle coûta à M. Reclus, ou plutôt elle coûta à son malade, la section de la carotide primitive, de la carotide interne et de la carotide externe de la veine jugulaire interne... du nerf grand sympathique, du pneumogastrique et du grand hypoglosse. L'opéré présenta « une légère paralysie faciale, l'atrophie de la moitié droite de la langue, le rétrécissement de la pupille, la raucité de la voix, puis un ictus apoplectiforme avec aphasie et hémiplégie temporaires, enfin de l'épilepsie jacksonienne. Mais au demeurant, ajoute M. Reclus, notre patient vit encore et il tient assez à la vie pour être venu nous demander l'autre jour une nouvelle opération dont, à cette heure, il paraît encore enchanté. »

Avec le foie, nous rentrons dans une chirurgie d'intérêt plus pratique.

Dans une plaie trans-diaphragmatique par arme à feu, M. Lejars est arrivé à suturer la glande hépatique en combinant la thoracotomie et la laparotomie. C'est là une pratique qu'avait suivie M. Terrier, il y a quelques années.

M. Quénu préconise une technique qui met à l'abri de l'échinococcose secondaire. Elle consiste à injecter dans le kyste et à y laisser séjourner pendant cinq minutes une solution de formol au centième. Le kyste n'est incisé qu'après l'évacuation du formol.

M. Tuffier et M. Walther nous ont apporté des observations de lobe aberrant du foie. Dans le cas de M. Tuffier, ce lobe aberrant, avait subi la dégénérescence épithéliale et fut pris pour un rein mobile.

La lithiase biliaire nous a valu de nombreuses communications. Je me borne à citer une hépaticotomie de M. Delagenière, une cholédocotomie de M. Ardouin, une cholécystectomie de M. Monod.

Pour faciliter la recherche de la rate, M. Vanverts nous a proposé la résection extra-pleurale du rebord costal gauche. MM. Walther, Pozzi et Lefort nous ont communiqué leurs observations de splénectomie.

L'intervention chirurgicale dans la gangrène du poumon reste à l'étude. Elle est de date trop récente et de fréquence trop exceptionnelle pour qu'on puisse porter sur elle un jugement vraiment pondéré. M. Lejars et M. Bazy. M. Tuffier et M. Monod en nous apportant les résultats de leur expérience nous ont montré que le traitement chirurgical était capable d'assurer une guérison défi-

nitive; ils se sont efforcés d'établir les indications opératoires de l'intervention. L'une des plus précoces est formulée par M. Tuffier qui recommande d'intervenir quand le drainage naturel par la bronche n'est pas assuré. M. Monod va plus loin : tout foyer circonscrit de gangrène doit être ouvert, alors même qu'il se vide bien par les bronches, mais à cette formule simple et hardie il ajoute une restriction : il veut que le foyer puisse être atteint facilement.

J'en arrive à la chirurgie des voies urinaires et je souligne tout d'abord une note de M. Bazy. Notre collègue insiste sur l'importance que présente la constatation du réflexe urétéro-vésical dans le diagnostic des lésions unilatérales du rein.

M. Lejars, MM. Souligoux et Albarran nous ont apporté l'observation de tumeurs rénales ou pararénales.

La lithiase des reins, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre vous a valu des communications de M. Walther, de M. Bazy, de MM. Monod et Albarran, et de M. Legueu.

Le travail de M. Riche est un nouveau fait à l'appui de cette idée que, dans la rupture de l'urètre, il ne faut pas en venir d'emblée au cathétérisme rétrograde, puisque l'incision périnéale peut suffire à retrouver le bout postérieur de l'urètre.

M. Tuffier vous a entretenu des hydrocèles dites simples, qui contiennent le bacille de Koch, et vous a signalé un fait de gangrène du testicule. Cette gangrène se développa à la suite de la torsion du cordon chez un jeune homme qui, depuis cinq mois, avait tenté de provoquer la descente du testicule ectopié à l'aide de massages.

M. Walther nous a montré deux opérés d'orchidopexie. Notre collègue fait passer le testicule à travers une incision qui porte sur la cloison des bourses; il assure la contention de l'organe en suturant au catgut les lèvres de sa boutonnière.

M. Guinard nous a présenté un testicule dans lequel se trouvaient inclus deux kystes dermoïdes et M. Richelot nous a entretenu d'un kyste de l'épididyme à pédicule tordu.

L'hypertrophie de la prostate a déterminé plusieurs d'entre vous à des opérations radicales.

C'est M. Delbet qui pratique la prostatectomie chez un vieillard qui, cliniquement, était un prostatique, bien que sa prostate ne fût pas volumineuse; ce malade retira le plus grand bénéfice de cette intervention. Pareil résultat eût pu être obtenu, à moins de frais, pense M. Bazy, qui, en pareil cas, eût eu recours aux cathétérismes répétés ou à la sonde à demeure.

M. Tuffier vous a apporté sa statistique : quatre fois il est inter-

venu par la voie périnéale et deux fois par la voie hypogastrique. M. Legueu nous a montré une prostate enlevée par la voie hypogastrique, tandis que MM. Bazy et Hartmann ont procédé par taille périnéale. Ces deux auteurs croient bien inutiles les techniques compliquées préconisées dans ces derniers temps. Leur malade est opéré dans la position de la taille; la prostate est abaissée avec des pinces à traction, comme vous aviez coutume de le faire dans l'hystérectomie vaginale.

Si les maladies de l'ovaire ne nous ont valu qu'un petit nombre d'observations de MM. Potherat, L.-Championnière, Chavannaz et Vanverts, la chirurgie de l'utérus et en particulier la chirurgie du fibrome a retenu plus longtemps votre attention.

Deux questions surtout vous ont préoccupé. L'une d'ordre théorique, l'autre d'ordre pratique. La première est un problème de pathologie générale. C'est la question de l'association des néoplasmes? S'agit-il là d'une simple coïncidence? Y a-t-il lieu d'établir des liens entre les tumeurs de structure variable que nombre d'entre vous ont observées, par exemple, dans la sphère pelvienne? Nous touchons ici à l'un des problèmes les plus obscurs de la biologie. Nous sommes ici en plein mystère, comme vous l'a dit M. Richelot. Vous me permettrez de ne point insister.

M. Richelot, pourtant, a tenté de ramener la question sur le terrain des faits. Frappé des phénomènes de dégénérescence qui peuvent évoluer sur le fibrome ou se développer sur le moignon utérin qui demeure, au faîte du vagin, dans l'hystérectomie subtotale, notre collègue en est venu à rejeter la myomectomie sur les utérus qui ne valent pas la peine d'être conservés, c'est-à-dire sur les femmes qui n'ont plus de chances d'être mères; et il a abandonné l'hystérectomie subtotale pour préconiser l'hystérectomie totale.

Nombre d'entre vous, je devrais citer ici le nom de la plupart des collègues qui s'occupent de gynécologie, nombre d'entre vous n'ont pas souscrit aux conclusions de M. Richelot. Ils ont reconnu que la dégénérescence du moignon cervical est possible, mais exceptionnelle. Ils continueront à pratiquer l'hystérectomie subtotale, d'une exécution plus aisée, d'un résultat plus certain, d'un pronostic vraiment bénin. Pour eux l'hystérectomie totale « ne vivra que des contre-indications » de la subtotale.

Dans un autre ordre d'idées, M. Reclus et M. Hartmann vous ont entretenu de la cure des fistules vésico-vaginales; ils ont insisté sur l'aisance que donnait le débridement vulvo-vaginal pour aborder la fistule et pour la suturer.

La thérapeutique des maladies du squelette a été l'objet des préoccupations de la plupart d'entre vous.

M. Sebileau a restauré une fistule congénitale de la voûte et du voile du palais, en utilisant un lambeau fibro-muqueux emprunté au vomer. L'opération en deux temps, comme la pratique M. Ehrmann, lui paraît une complication bien inutile, et il semble à M. Sebileau que c'est de sept à dix ans que l'opération a le plus de chances de réussir. M. Reclus et M. Félizet, tout au contraire, se déclarent partisans de l'intervention en deux temps, que M. Ehrmann juge indispensable pour le traitement des fistules latérales.

Des résections sur les os de la face ont été pratiquées par MM. Legueu, Sebileau et Jalaguier.

M. Legueu a reséqué le condyle de la mâchoire, pour une ankylose consécutive à une fracture ancienne.

M. Sebileau a dû réséquer la branche horizontale de la mandibule pour un épulis et M. Jalaguier a pratiqué la même opération sur un maxillaire supérieur envahi par un sarcome à myéloplaxes. La guérison s'est maintenue depuis deux ans et demi, et le résultat opératoire est si satisfaisant, au double point de vue de la forme et de la fonction, que la malade n'a pas besoin de porter d'appareil prothétique.

M. Delbet nous a présenté un appareil à extension continue pour les fractures de l'humérus et un appareil de marche pour les fractures de la cuisse. Les résultats obtenus avec ce dernier appareil n'ont pas satisfait M. Hennequin, qui pense que les appareils de marche sont impuissants à « maintenir des fragments profondément situés ». Ils favorisent donc le chevauchement.

M. Berger abonde dans le même sens et ne croit pas que les appareils ambulatoires soient appelés à passer dans la pratique courante de la chirurgie.

Mais à l'occasion d'une communication de M. Quénu, le traitement des fractures de la rotule s'est trouvé mis en cause.

Il est hors de doute qu'une fracture de rotule puisse guérir sans opération sanglante, par la ponction, l'immobilisation, la compression élastique et le massage. Les faits récents de MM. Rochard, Peyrot, Chaput et Bazy confirment pleinement les beaux résultats qu'avaient obtenus de la sorte nos anciens. C'est au traitement par les appareils, démodés aujourd'hui, que M. Berger voudrait voir revenir la majorité des praticiens.

Avec ces appareils, la guérison demande « infiniment plus de temps » que la suture osseuse, mais si la méthode est « laborieuse et peu brillante » elle est excellente dans ses résultats et elle a l'inappréciable avantage de ne faire courir aucun danger.

M. Quénu la réserve aux fractures dans lesquelles l'écartement est presque nul, et M. Félizet la juge applicable chez les diabétiques, chez les diathésiques, chez les vieillards et chez les sujets en déchéance, qui se sont fracturés la rotule à la suite d'un traumatisme insignifiant.

M. Berger, pourtant, convient (et nous sommes absolument du même avis) que le traitement sanglant constitue le traitement de choix des fractures de la rotule; il le réserve toutefois aux chirurgiens de profession. Ce traitement sanglant n'est pas un. Sous toutes ses formes, il a donné des succès, mais tel d'entre nous a plus volontiers recours à la suture osseuse, tel autre au cerclage, tel autre à la réunion des tissus fibreux périrotuliens, tel autre à des méthodes mixtes, et M. Quénu s'est efforcé d'établir les indications de ces diverses méthodes.

M. Bazy et M. Reynier se contentent souvent de pratiquer la réparation du surtout fibreux et de l'appareil ligamenteux de la rotule. Quand M. Reynier pratique la suture osseuse, il recourt au catgut.

M. Berger vous a entretenus de la méthode du cerclage.

M. Lucas-Championnière s'en tient à la suture osseuse dont il a une longue expérience, puisqu'il n'est pas au monde de chirurgien qui possède, dit-il, une statistique aussi considérable que la sienne.

M. Quénu a constaté par l'expérience cadavérique que la suture l'emporte en solidité sur le cerclage. Il pratique selon les cas la suture osseuse, le cerclage ou une méthode mixte : l'hémicerclage.

L'hémicerclage, qu'ont également employé MM. Routier, Nimier et Cabott, est d'une exécution facile, il assure une bonne coaptation des fragments et une réparation excellente. Il se sépare de M. Championnière sur deux points : il veut que l'opération sanglante soit une opération aseptique et non pas une opération antiseptique. D'autre part, comme M. Berger et M. Schwartz, il ne fait pas marcher ses malades avant le vingtième ou le vingt-cinquième jour.

M. Félizet insiste sur ce fait qu'un cal osseux peut se former, mais que la guérison clinique n'est pas forcément connexe d'une cicatrice osseuse. Jamais il ne se produit de cal au niveau de la portion arthroarticulaire de la rotule : le quart postérieur de la rotule est toujours occupé par un étroit sillon. De plus, il a remarqué qu'avec une suture exacte, les fragments rotuliens ont tendance à basculer; pour obvier à cet inconvénient, il a coutume de pratiquer la coaptation directe forcée : avec les doigts, il maintient, affrontés, en bonne position, les fragments osseux, jusqu'à

ce que le plâtre qui doit assurer l'immobilisation soit complètement pris.

L'ankylose qui peut résulter de la consolidation de toutes les fractures articulaires est parfois justiciable de la résection, mais pour que la résection donne une jointure mobile M. Quénu nous rappelle qu'il est utile d'interposer une lame de parties molles entre les surfaces osseuses.

M. Schwartz a guéri par la suture avec l'agrafe de Jacoël une luxation de l'extrémité externe de la clavicule; la section sous-cutanée du ligament glénoïdien a permis à M. Jalaguier de réduire une luxation postérieure de l'index.

M. Launay, M. Kirmisson ont été amenés à réséquer le coude pour obvier aux troubles fonctionnels déterminés par des luxations irréductibles.

C'est aussi à une résection, je veux dire à une tarsectomie cunéiforme, qu'a dû se résoudre M. Schwartz dans un cas de tarsalgie rebelle au traitement classique.

M. Frœlich nous a envoyé deux observations de luxation congénitale de la hanche, traitées par l'ostéotomie sous-trochantérienne, suivant la méthode de M. Kirmisson, et M. Kirmisson nous rappelle que cette intervention corrige l'ensellure et l'adduction et facilite la marche en soulageant les douleurs que provoque cette marche.

Un chondrome de l'humérus a déterminé M. Brin à pratiquer l'amputation interscapulo-thoracique. Enfin M. Delanglade a eu l'idée de substituer la clavicule à la moitié supérieure de l'humérus réséqué pour ostéo-sarcome. M. Delbet a examiné la pièce de M. Delanglade. Il pense que cette pièce est un cal vicieux hypertrophique.

Permettez-moi encore de mentionner les ingénieux instruments que nous ont présenté MM. Ricard, Legueu, Michaux et Reverdin.

GEORGES BOUILLY

(1848-1903)

par M. PAUL SEGOND

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

La mort de notre collègue Georges Bouilly nous a frappés au cœur avec tant de soudaine cruauté, qu'en vous réunissant aujourd'hui pour honorer sa mémoire, il vous semble, n'est-ce pas, continuer un rêve particulièrement odieux. Bouilly n'était-il pas hier encore parmi nous? Ici même, à cette place? Oui certes, et s'il y avait une justice au monde, si la jeunesse, le bonheur, la renommée, n'étaient pas souvent les jouets préférés du destin, notre vaillant ami serait toujours à nos côtés. Hélas! ce ne sont là que vaines récriminations. Nous sommes en face de l'implacable réalité.

L'an dernier, à pareil jour, Bouilly manquait à l'appel, et vous entendez encore son successeur au fauteuil de la présidence, notre collègue Kirmisson, vous lire sa lettre de regrets : Veuillez leur dire, écrivait-il, « combien je les remercie d'avoir par leur attitude et leur courtoisie, rendu si facile ma tâche de président, et combien je suis reconnaissant de leurs témoignages de sympathie qui sont mon soutien et ma consolation ». Bouilly mourut peu après.

Devant ce deuil de moins d'un an, peut-être pensez-vous que, me conformant à l'usage, je n'aurais pas dû prendre l'initiative d'un éloge aussi précoce? Laissez-moi donc vous donner mes raisons.

Comme plusieurs de ses aînés, et non des moins illustres, Bouilly a surtout agi et pensé. Il n'a pas écrit de copieux volumes et n'a fait que peu d'enseignement magistral. Ceux qui l'ont entendu et suivi, maîtres, collègues ou disciples, sont donc les seuls dépositaires de son œuvre, les seuls témoins de tout ce qu'il savait faire, penser ou conseiller.

Au train dont marchent les choses et les générations, n'est-ce point laisser entendre que si les admirateurs de ce chirurgien remarquable ne mettent pas, dès maintenant, à profit la fraîcheur

de leurs souvenirs pour les exprimer et les fixer, ils s'exposent à ce que bien vite, aux yeux de nos cadets, Bouilly n'ait plus du tout la place qu'il mérite?

Voilà pourquoi je ne veux point laisser à mes successeurs le soin de prononcer cet éloge. L'œuvre littéraire y perdra sans doute, mais la sincérité de l'hommage et l'attention mise à dire juste ou vrai ne sauraient être plus grandes; je puis tout au moins vous en donner l'assurance.

Issu d'une famille bourgeoise des plus estimée, Georges Bouilly naquit à Orléans le 31 Janvier 1848. Sa première enfance fut, paraît-il, assez maladive et quand il eut quatre ans, ses parents, inquiets de son aspect chétif, prirent la prudente résolution de le faire vivre à l'air des champs. Ils quittèrent Orléans pour s'établir à Marigny, et le résultat si ardemment souhaité ne se fit pas attendre. En peu de temps, le petit Georges devint un joyeux gars alerte et fort.

Cette cure d'air initiale et si bienfaisante, lui inspira-t-elle une sorte d'inconsciente gratitude? Faut-il y trouver la raison première de ses prédilections ultérieures pour les plaisirs agrestes? On peut au moins le supposer. Toujours est-il que jusqu'à l'âge de douze ans, l'enfant continua son existence de jeune campagnard, gambadant tout le jour, mangeant ferme et dormant encore mieux. Ces années de joie parfaite n'eurent d'autre nuage que les premières leçons données par le curé de Rébréchien, et ce fut, disons-le, un bien léger nuage.

Puis il fallut songer aux études sérieuses, et le départ pour le lycée d'Orléans fut décidé. Le nouveau lycéen se montra très brillant élève, remporta des prix nombreux, fut lauréat du concours général et termina là ses humanités, avec la ferme intention de faire sa médecine; c'était du reste un projet d'enfant que Bouilly avait de lui-même formé, dès l'âge de onze ans.

Ses parents l'avaient approuvé, mais sans autre ambition que celle de le voir un jour médecin plus ou moins occupé d'Orléans. Il est même probable que si Bouilly n'avait pas eu la douleur de perdre son père à dix-sept ans, il eut certainement rencontré plus d'un obstacle à ses visées déjà très hautes. M. Bouilly père n'avait en effet rien de combatif; toute aventure possible l'effrayait d'avance et, sûrement, la pensée de voir son fils s'engager dans la voie des concours n'aurait cadré d'aucune manière avec sa mentalité.

La vénérée mère de notre ami avait heureusement des vues différentes. Bien loin de s'opposer aux projets de son fils, elle s'efforça de les encourager, et, jusqu'au bout, nous la retrouve-

rons près de son Georges bien-aimé, favorisant ses travaux, le guidant de ses conseils et lui prodiguant toutes les sollicitudes de sa tendresse.

Après une première année d'études à Orléans, dans le service du Dr de Brou, celui-là même qui devait avoir pour petit-fils notre cher et si regretté Bouglé, Bouilly vint habiter Paris, avec sa mère, dans le but arrêté de travailler ferme et de monter haut. Son intelligence méthodique et clairvoyante, sa grande facilité d'assimilation, son endurance au travail, et surtout son extrême bon sens, lui permettaient du reste tous les espoirs.

Ajouterai-je qu'il était joyeux et bon camarade? Valtat, son inséparable ami d'alors, n'est, hélas, plus là pour en témoigner, mais Gombault, son autre compagnon si cher, a gardé précieusement ces lointains souvenirs et sait aujourd'hui dire avec toutes les émotions de son cœur l'estime et la sympathie qu'il inspirait à tous.

Avec de pareilles armes, la victoire ne pouvait être douteuse; aussi voyons-nous l'existence du jeune candidat chirurgien se dérouler brillante et régulière, depuis son arrivée à Paris jusqu'au jour où, muni de ses titres d'agrégé et de chirurgien, il devait s'affirmer comme l'un de nos maîtres les plus incontestés.

Élève déjà très remarqué dans les conférences que dirigeait alors M. Dieulafoy, il concourut à l'internat en 1869, à vingt et un ans. Sa nomination, Bouilly le contait volontiers, fut compromise un instant par certaine faute anatomique sur les rapports réciproques de l'œsophage et de l'aorte, mais la précision des déductions chirurgicales dont il avait émaillé sa composition écrite sur le médiastin postérieur et le 20 de son épreuve orale vinrent tout réparer. Bouilly fut nommé dans la même promotion que ses amis Caubet, Troisier, Homolle, Proust, Gombault et Valtat.

Durant sa première année d'internat (1870-1871) dans le service de Marjolin, Bouilly vit peu son premier chef. Enrôlé comme aide-major dans les mobiles du Loiret, il fit campagne jusqu'au bout, avec un dévouement trop naturel pour que je le souligne. A Buzenval notamment, où tant de ses compatriotes orléanais devaient trouver une mort glorieuse, il eut à tenir son poste avec une émouvante activité. Ce fut là toujours le plus poignant des souvenirs que lui laissèrent ces jours de deuil et de souffrance.

De retour à Paris, Bouilly fut successivement l'interne de M. Bucquoy (1872), de Panas (1873), et de Verneuil (1874). L'affection et l'estime que ses maîtres lui ont vouées et la haute confiance qu'il sut, dès cette époque, leur inspirer, sont très significatives.

Dans une notice remarquable due à la plume de Pichevin, on

trouve une anecdote bien faite pour montrer que ces premières et si flatteuses conquêtes de l'interne Bouilly devaient être définitives. Il s'agit de certaine consultation demandée à la Pitié, par le professeur Verneuil, à propos d'un cas embarrassant de chirurgie abdominale.

« Le jeune chirurgien, raconte Pichevin, posa son diagnostic et déclara l'inopérabilité de la tumeur. Après son départ, Verneuil, s'adressant à son entourage, prononça ces simples paroles : « C'est incontestablement l'un des plus distingués parmi les « meilleurs de mes élèves, c'est un esprit remarquablement pon- « déré, un clinicien émérite et un excellent opérateur. »

Chez son maître Panas, Bouilly trouva les mêmes sentiments. Quant à M. Bucquoy, le souvenir ému qu'il conserve de son ancien interne est à lui seul plus éloquent que tous les discours. Les élèves de Bouilly savent, du reste, combien il se plaisait à reconnaître l'influence de ce maître clinicien sur son éducation médicale. Et, puisque je cherche à rappeler comment Bouilly avait eu le si réel secret de mériter l'affection et la confiance des maîtres les plus soucieux de bien placer l'une et l'autre, ce serait un oubli de ne point citer ici M. Millard et le professeur Trélat.

M. Millard connaissait Bouilly depuis son arrivée à Paris, et nécessairement les sentiments d'estime et de sympathie que lui avait inspirés son caractère n'ont fait que s'accroître avec les années. Pour le professeur Trélat, la conquête aurait pu être plus difficile, et cependant elle fut complète; j'en puis d'autant mieux parler que, durant mon clinicat, j'ai eu souvent l'occasion de mesurer moi-même le crédit considérable que ce grand maître accordait aux avis de son tout jeune collègue. A des titres différents, le fait, sans doute, honore l'un autant que l'autre, mais il n'est pas moins expressif.

Durant cet internat si fructueux, Bouilly avait trop bien pris son élan pour ne point franchir, en toute sécurité, les dernières étapes de sa route. Aide d'anatomie en 1875, chirurgien des hôpitaux en 1878, il se fit enfin nommer agrégé en même temps que Reclus et Peyrot, au concours de 1880. Bouilly avait alors trente-sept ans.

Le seul incident d'existence que ces années de travail assidu nous donnent à relever, concerne la mission dont Bouilly fut chargé en 1877, avec son ami Peyrot, au début de la guerre Turco-Russe. Partis le 15 août, ils assistèrent à la bataille de Plewna prêtèrent leur actif concours aux ambulances russes et ne revinrent à Paris qu'en octobre, à la fin de la campagne, décorés tous deux de l'ordre militaire de Saint-Stanislas, avec les glaives.

Dégagé des entraves dont tout bon concurrent connaît si complètement les pénibles mais nécessaires complications, Bouilly put enfin voler au gré de ses tendances et s'adonner tout entier à la pratique de son art. Installé quai de Béthune, il fit d'abord de la chirurgie générale et ses débuts furent si brillants, qu'il ne songea pas tout de suite à trouver mieux.

Ainsi qu'il arrive, c'est au hasard des choix de service du titulariat que nous devons son orientation vers la spécialisation gynécologique. La place de chirurgien adjoint de la Maternité chargé du service d'accouchement à Cochin étant devenue vacante en 1886, il la prit comme un pis-aller, sans avoir le moindre goût personnel pour la pratique des accouchements et, par conséquent, avec l'intention de changer de service à la première occasion. Mais ce ne fut là qu'une défaillance passagère de son bon sens habituel.

Accueilli avec un empressement particulier, par le professeur Tarnier, par notre ancien président Gueniot et par Mme Henry, la si distinguée sage-femme en chef de cette époque, chargé au bout de quelques mois des douze lits qui résumaient alors le service gynécologique de la Maternité, il eut tôt fait de deviner les richesses du champ d'observations, dont il allait pouvoir disposer et de se consacrer, désormais, à la chirurgie de la femme.

La transformation partielle (1890), puis totale (1895), des lits d'accouchement de Cochin en lits de gynécologie vint, peu après, lui donner un service digne de lui. C'est là qu'il a pu contribuer pour une si large part à l'étude des questions concernant la chirurgie abdominale, et devenir l'un des maîtres les plus écoutés de la gynécologie contemporaine. Hélas! c'est aussi là que la mort est venue le faucher dans le plein épanouissement de bonheur et de renommée dont je voudrais maintenant parler comme il convient.

L'œuvre écrite de Bouilly n'est pas, dit-on, à la hauteur de ses mérites et ne saurait, à elle seule, donner la mesure de l'influence indiscutable qu'il a exercée sur la chirurgie de son temps. Que Bouilly mérite ou non ce jugement, les bonnes excuses, en tout cas, ne lui manquent pas. La constante indigence des productions hâtives ne pouvait lui convenir et il savait mieux que personne le temps énorme que réclame la moindre rédaction bien pensée et bien travaillée. Les recherches et les études bibliographiques s'accordaient médiocrement avec ses goûts très exclusifs pour la pratique même de la chirurgie et les enseignements qui se recueillent au lit du malade.

Enfin, le nombre des opérations que sa grande situation l'entraînait à faire chaque jour, à l'hôpital ou en ville, ses consul-

tations et sa clientèle absorbaient forcément le meilleur de son temps, ou même tout son temps. Ajoutons comme dernier détail, ayant aussi sa valeur, que Bouilly, très content de son sort et certain de voir l'Académie lui ouvrir ses portes à très brève échéance, n'ambitionnait guère d'autre coupole.

Non point, notons-le bien, qu'il ait jamais fait montre d'un mépris particulier des honneurs temporels ou de ces sentiments de renoncement dont l'ostentation n'est le plus souvent que le voile très pénétrable des plus ardentes convoitises; sa vie nous le révèle au contraire marchant toujours ouvertement et droit à son but; mais, encore une fois, c'était avant tout un esprit utilitaire ne voyant jamais en toutes choses que leur côté vraiment pratique.

Dans ces conditions on voit mal, n'est-il pas vrai, quand et comment le chirurgien Bouilly aurait pu se faire écrivain. Il y a du reste beaucoup de légende dans cette manière d'apprécier les travaux écrits de Bouilly; et voici qui le prouve.

S'il est vrai que ses thèses d'agrégation et de doctorat, quelques articles de dictionnaire et le volume du Manuel dit « des quatre agrégés » étant exceptés, Bouilly n'a publié aucun autre ouvrage de longue haleine, il faut, en effet, retenir d'abord que ces quelques publications didactiques ont une indiscutable valeur.

Clairement écrites, elles portent toutes l'empreinte du grand sens clinique de leur auteur et deux d'entre elles, au moins, sont devenues et demeurent classiques. Ce sont l'étude si complète que Bouilly nous a laissée sur les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité de Rètzius (thèse d'agrégation 1880) et le quatrième volume du Manuel dit des quatre agrégés, qui aura toujours l'intérêt de résumer en quelques pages les opinions de l'un de nos premiers maîtres en gynécologie.

Il faut ensuite bien savoir que si les autres traces écrites du rôle de Bouilly, en chirurgie générale et dans la renaissance de la gynécologie française, ne sont représentées que par des revues ou des articles de journaux, des rapports ou des communications aux Sociétés savantes, elles n'en constituent pas moins un ensemble fort imposant de documents précieux et tout à fait personnels.

Un simple coup d'œil sur l'index bibliographique terminant cet éloge ne laisse aucun doute à cet égard.

Nous y trouvons, éparses en divers recueils, notamment dans la *Gazette médicale*, le *Bulletin de thérapeutique*, les *Archives générales de Médecine* et la *Revue de Chirurgie*, de nombreuses études donnant avec justesse la mise au point des sujets les plus variés, tels que : les hernies, l'anthrax, les affections des bourses,

les rétrécissements du rectum, l'anesthésie chloroformique, les maladies articulaires, la fièvre de croissance, les épanchements sanguins de la plèvre, l'entérectomie, l'entérorrhaphie, la cellulite pelvienne diffuse, voire même, hélas! l'épithélioma de la langue et son traitement.

Collaborateur actif de la *Semaine gynécologique* et de la *Gynécologie*, il a écrit dans ces deux importantes revues une série d'articles très remarqués dont les principaux concernent : le diagnostic précoce du cancer utérin, le traitement des rétro-déviations, l'ascite des jeunes filles, les poussées congestives, extra-menstruelles, les exsudats séreux juxta-utérins, la grossesse extra-utérine et l'appendicite dans ses rapports avec les lésions annexielles.

Faut-il enfin vous rappeler que, depuis son entrée parmi nous, qui remonte au 12 mars 1884, jusqu'à sa présidence de 1902, il n'a jamais cessé de prendre à vos discussions la part la plus active, et que depuis vingt ans par conséquent, nos Bulletins le font revivre à chaque page avec toutes ses qualités d'indépendance d'esprit, de droit jugement et de praticien documenté ne parlant jamais qu'à bon escient? Vous l'écoutiez toujours avec trop d'attention pour qu'il soit nécessaire de vous remettre autrement en mémoire ce qu'il a dit de raisonnable et d'utile sur tant de sujets. On en ferait sûrement un volume, cette fois très gros, et qui mieux est, supérieurement instructif.

En toute justice, n'est-ce point là dossier scientifique dont tout homme d'étude pourrait à bon droit s'énorgueillir? Il ne me semble pas qu'on puisse hésiter un instant à le proclamer.

Considérons maintenant le chirurgien :

La connaissance de son œuvre écrite nous y convie, et nous guidera d'autant mieux, que cette œuvre essentiellement personnelle a précisément pour caractère très distinctif, d'être comme allégée par l'absence de compilations bibliographiques plus ou moins imposantes et de ne jamais traduire que les opinions de l'auteur lui-même.

Tout ce que Bouilly nous a laissé sur les indications vraies de l'opération de Lawson Tait ou sur les abus du curettage, ses mémoires nombreux sur le traitement des déviations utérines ou sur l'opération de la périnéorrhaphie dans laquelle il excellait, son rapport si remarqué du Congrès de Genève sur les suppurations pelviennes, la précision qu'il a mise à discerner les indications respectives de l'hystérectomie vaginale et de l'hystérectomie abdominale, sa manière de juger les ablations excessives dans le traitement du cancer de l'utérus, toutes ces publications et tant

d'autres qu'il me faut bien omettre ne sont-elles pas le gage de la sûreté de son jugement clinique, et de sa complète indépendance d'esprit?

Or, ce sont bien là les qualités dominantes de Bouilly, les vraies ouvrières de sa grande réputation. Elles se résument, on le voit, en deux mots simples et singulièrement éloquents : Bouilly était avant tout un homme de bon sens et un consciencieux.

Ces deux vertus primordiales se retrouvent avec tous leurs corollaires chez le clinicien et l'opérateur.

Bouilly était l'un des meilleurs cliniciens de notre époque. Tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre se plaisent à vanter l'art qu'il mettait à l'examen des malades, la précision de ses diagnostics et, surtout, son constant souci de ne jamais confondre l'opération possible avec l'opération indiquée. Bref, chez lui, le chirurgien avait toujours le pas sur l'opérateur.

Bouilly était par cela même un chirurgien prudent. Au bon sens du mot, cela va de soi. Et certes, il n'était pas de ceux qui demandent à leur soi disant prudence l'excuse de leurs hésitations regrettables ou de leurs interventions incomplètes. Il s'attachait simplement à n'intervenir qu'à propos. Ce qui le prouve bien, c'est qu'en maintes circonstances Bouilly n'a pas craint de se faire le premier champion de plusieurs de nos grandes opérations.

C'est lui qui pour la première fois a fait, après examen raisonné des symptômes, la laparotomie pour remédier à une lésion viscérale profonde produite par un coup de pied de cheval, chez un malade dont les parois abdominales n'offraient pas trace de traumatisme. Vers la même époque (1883), il a été, parmi nous, le premier vulgarisateur de l'opération d'Estlander et de la pneumotomie.

De lui encore, le premier cas de prostatite tuberculeuse traité par le grattage et l'ablation de la prostate à la cuillère tranchante. N'est-ce pas lui enfin qui a publié la première observation de résection iléo cæcale pour lésions bacillaires, chez une femme qui mourut huit ans après de tuberculose généralisée? La prudence de Bouilly était donc, vous le voyez, bien loin de compromettre chez lui ce que l'on est convenu d'appeler le tempérament chirurgical.

Quant à sa maîtrise elle est connue de tous, et ce serait revenir sur des vérités par trop démontrées que de souligner son habileté opératoire ou sa parfaite connaissance des conditions à remplir pour faire de la bonne chirurgie; il est seulement intéressant de rappeler combien sa manière d'opérer se trouvait conforme à ses prédilections pour le simple et le vraiment utile.

Sûr de sa technique, doué de ce calme suprême sans lequel il n'y a pas de vrai chirurgien, Bouilly ne prenait jamais le bistouri qu'après avoir pesé le pour et le contre de ses déterminations, basé son plan opératoire sur un diagnostic très étudié et prévu, par là même, la conduite à suivre en cas d'erreur ou de surprise.

Avec lui, les interventions les plus complexes étaient menées à bien sans embarras, sans vociférations inutiles, sans aucune préoccupation de la galerie et surtout avec une admirable simplicité. Un seul aide bien stylé, un autre pour l'anesthésie, et celui-là toujours très sévèrement choisi, des instruments peu nombreux, l'absence de toutes complications, de préparations ou d'appareils extraordinaires, mais une observation rigoureuse et particulièrement scrupuleuse des lois de l'asepsie. Telles étaient ses coutumes. Aussi bien donnait-il toujours à ceux qui l'entouraient un sentiment de confiance et de sécurité que ses beaux résultats habituels venaient encore confirmer.

Bouilly avait, en même temps, comme chef de service et comme maître, toutes les qualités qui attachent et captivent. Fidèle à ses habitudes de ponctualité, il gagnait, chaque matin, l'hôpital à la même heure. Il opérait d'abord, puis visitait rapidement ses salles, sans manquer de panser lui-même ses grandes opérées. Les opérations de la ville venaient ensuite, et, vers onze heures, le petit coupé aux couleurs de l'Urbaine, que tout Paris connaissait si bien, l'emportait rue Blomet. Et chaque jour Bouilly accomplissait la même tâche, avec cette égalité d'humeur et cet air de ne jamais être pressé dont l'emploi toujours régulier de son temps lui avait livré le secret.

Ses internes, ses élèves n'avaient pas seulement de la vénération pour le maître. Ils l'adoraient pour son affabilité constante et son dévouement aux heures difficiles. Son personnel était l'objet de ses attentions particulières. Certes, il avait toutes les exigences nécessaires au bon fonctionnement de son service et la moindre faute le trouvait toujours très sévère ; mais, par contre, peu de chefs ont pris autant que lui le soin de récompenser le zèle de leurs serviteurs, de s'inquiéter de leur vie privée et de les soutenir en toutes circonstances. La mère Chaine, cette vieille et fidèle surveillante qui, malgré son âge, a servi Bouilly jusqu'à sa dernière visite d'hôpital, nous en dirait long à cet égard.

Ce besoin de secourir les humbles était l'un des côtés les plus séduisants de Bouilly, et ses malades d'hôpital en particulier le savaient merveilleusement bien. Plus accueillant encore avec eux qu'avec ses malades de la ville, Bouilly se plaisait souvent à leur parler leur langage qu'il imitait du reste de très plaisante façon. Si bien qu'ils avaient tout de suite l'impression de trouver, à côté

du médecin, un protecteur attentif, et certes leur sagacité ne les trompait pas. Ceux-là sont en nombre bien grand qui, sachant par expérience que cette protection n'avait rien de platonique, pourraient dire à quel point Bouilly avait intense le sentiment de la souffrance humaine.

Avec de tels dons, sa grande pratique et son merveilleux service, comment Bouilly ne s'est-il pas consacré davantage à l'enseignement proprement dit? Cette question vient d'autant plus naturellement à l'esprit qu'en plus d'une circonstance Bouilly a prouvé son réel talent d'exposition.

Sa parole claire, concise, facile et particulièrement exempte de toute prétentieuse redondance, la pondération de son esprit ne lui conféraient-elles pas tous les attributs du vrai savant, de celui qui « modeste et bienveillant » doit, suivant la formule idéale de l'un de nos plus grands chercheurs, conserver son esprit libre, calme, et, si c'était possible, ne jamais avoir, comme le dit Bacon, l'œil humecté par les passions humaines? N'y avait-il pas là toutes les armes voulues pour faire de la bonne, de la très bonne et didactique vulgarisation?

Pourquoi donc Bouilly n'a-t-il pas songé à dépenser tous ces trésors? Affaire de sentiment et de tendance ; c'est la seule réponse à donner. Bouilly n'avait de goût ni pour les discours ni pour les assistances nombreuses, et ce qu'il aimait exclusivement, ce qu'il pratiquait merveilleusement du reste, c'était l'enseignement au lit du malade.

A propos du très minime attrait que lui inspiraient les charmes ou les prérogatives du grand enseignement, les disciples familiers de Bouilly racontent volontiers leur véritable déroute d'il y a quelques années, lorsqu'ils eurent un instant l'espoir que leur maître, cédant à leurs prières, allait enfin se décider à faire des cliniques règulières. Il se décida en effet, et durant quelques matins ce fut un véritable triomphe. Mais la victoire des disciples ne fut pas longue!

Dès la quatrième ou cinquième leçon, le maître, bien loin d'être hypnotisé par l'affluence de ses auditeurs, n'en conçut que de l'agacement. Ses habitudes étaient troublées, tous ces visiteurs étaient bien gênants, que sais-je encore! Bref, il regretta si bien ses causeries familières au lit du malade qu'il trouva d'abord un prétexte, puis deux... et les grandes leçons furent bel et bien supprimées.

Une autre preuve de cette disposition d'esprit nous est donnée par son attitude quand la création d'une chaire de gynécologie vint un instant lui laisser supposer qu'il allait revêtir la robe rouge. Supposition d'autant plus légitime qu'à ce moment,

si la chaire en question avait fait partie du roulement classique de la Faculté, il y a lieu de penser que Bouilly aurait eu pour lui toutes les chances. Pourquoi et comment avait-il posé sa candidature? Tout ce que nous pouvons en dire, c'est que Bouilly, assurément, avait écouté des considérations étrangères à ses goûts personnels.

Le fait est qu'il échoua. Et pour vous montrer son état d'âme de candidat évincé, mais content, je ne puis mieux faire que de vous lire un passage d'une lettre écrite à Pichevin le 12 mars 1901. Voici comment il parle de son échec : « J'ai trop de philosophie et d'expérience de la vie pour m'en étonner et pour m'en chagriner. Cela ne changera rien à ma manière d'être, ni de faire, et j'y aurai peut-être gagné beaucoup de tranquillité et de repos; qui sait si ce n'est pas mieux ainsi. Je n'aurais peut-être pas été à la hauteur de la tâche et ma réputation n'en restera que meilleure, n'étant pas jugée inférieure... »

Parole de philosophe et de sage dont la citation vous est, n'est-ce pas, très consolante, puisqu'elle vous prouve que ce déboire fut à peine un incident dans l'existence alors si brillante et si prospère de notre ami.

Voilà le chirurgien. Efforçons-nous maintenant de faire un instant revivre notre Bouilly à nous, notre compagnon d'hier avec sa physionomie avenante et tout cet ensemble qui s'harmonisait si bien avec les attraits de sa personnalité consciente.

De taille moyenne, et bien pris de sa personne, Bouilly n'offrait au premier abord aucun signe extérieur révélateur de sa fonction. Depuis son arrivée à Paris, je crois bien qu'il a toujours porté jaquette, col droit et cravate noire, sans s'inquiéter autrement de leur coupe. Celle-ci était quelconque et ne s'inspirait pas plus des élégances inutiles ou des négligés regrettables que des accoutrements quelque peu mortuaires des antiques maîtres de l'art. Bouilly s'attachait simplement à être correct et bien tenu; il y mettait même un soin particulier. Sa démarche aisée son attitude penchée en avant, avec voussure légère du dos, révélaient peut-être un peu l'homme des longues courses à travers champs et forêts, mais elles donnaient aussi la sensation du Parisien très parisianisant qu'il était devenu.

Tout cela est du reste bien accessoire à côté de l'aspect si révélateur de sa physionomie. Avec ses cheveux coupés ras, son front bien découvert, son regard loyal, et le sourire un peu railleur mais toujours avenant que son menton rasé laissait voir sous ses moustaches grisonnantes, Bouilly donnait avant tout la sensation d'un être ouvert, intelligent, franc, bon et point du tout morose.

Puis, en regardant mieux la carrure de son visage et l'ensemble de ses traits, on avait en outre l'impression d'une énergie certaine.

Le diagnostic était juste. Bouilly était bien de ceux qu'un grand écrivain a définis en disant que le sort « les a marqués au front, au sourire, aux paupières d'un signe et comme d'une huile agréable ..... quelque chose, à leur insu, émane d'eux qui embaume et qui attire, ils se présentent et à l'instant un charme à l'entour est formé ». Cette citation ne s'applique-t-elle pas merveilleusement à Bouilly? Ne vous semble-t-il pas revivre les impressions que vous éprouviez tous lorsque cette porte, cette même porte qui est à mes côtés, s'ouvrait pour lui livrer passage? C'est qu'en effet Bouilly était tout à fait ce qu'il paraissait, un être bon, essentiellement bon, compatissant et généreux, un ami sûr et dévoué, un homme enfin d'une impeccable droiture.

Mais ce n'est pas tout, et ce qu'il y avait de très viril dans la physionomie de Bouilly était un reflet non moins véridique. Il avait, on peut le dire, une volonté de fer. Les derniers événements de sa vie devaient en fournir, hélas! la bien tragique démonstration. Et forcément il se trouvait ainsi doté de toutes les autres modalités de cette vertu supérieure. Tenace au plus haut chef, il possédait en outre cette manière d'énergie si difficile qui permet de savoir attendre et de toujours choisir son heure. C'est même pour cela que la bonhomie et la rondeur proverbiales de Bouilly, sans nuire le moins du monde au caractère avisé de ses déterminations les plus courantes, ne l'empêchaient pas de savoir que la simplicité est la meilleure des finesses et la droiture la meilleure des prudences. Tout cela se voyait autant à certaines expressions de son visage que dans le ton mesuré de son langage et dans la réserve habituelle de ses confidences.

Pareillement doué, il est naturel que Bouilly, pendant que sa fortune scientifique le menait si haut, ait pu goûter toutes les joies de la vie. Et, par bonheur, telle est bien la vérité; Bouilly a été parfaitement heureux et il est mort ne laissant que des amis.

Son intimité était attrayante, sa gaîté d'étudiant ne l'avait jamais abandonné, et, si les étourdissantes parties de jeunesse avaient dû subir quelques atténuations, Bouilly n'en conserva pas moins l'habitude de se réunir périodiquement à quelques amis de choix, auxquels il apportait, avec la variété de ses propos et la plaisante liberté de ses anecdotes, toutes les ressources de son esprit enjoué. Au milieu de sa vie parisienne si active il trouvait là son principal moyen de distraction et de repos. Il ignorait en effet les joies de la musique, les grandes lectures ne lui étaient guère possibles, et si, par aventure, il se plaisait à passer une

soirée au théâtre, ce n'était sûrement pas pour y subir une pièce dite à thèse.

Mais sa vraie passion, c'était la chasse. La chose datait de loin; elle remontait à l'époque où le petit Georges retrouvait force et santé dans les bois de Marigny, et c'est à seize ans qu'il fallut lui accorder son premier permis. Depuis lors, je crois bien que pas un dimanche de sa vie Bouilly n'a manqué de sacrifier à Saint-Hubert, non pas seulement avec les succès d'un parfait tireur, mais en outre, et surtout, avec toutes ses joies. Dès qu'il retrouvait son fusil et ses chiens son bonheur était vraiment sans pareil.

Il chassait donc toutes les fois qu'il pouvait et, si nous en croyons l'histoire, il lui est même arrivé de chasser par sa fenêtre et pendant qu'il était à table, pour ne pas ravir une minute à l'œuvre d'extermination que lui avait imposée l'intensive et formidable prolifération de la gente lapinière dans certaine chasse qu'il s'était autrefois acquise près de Gaillon.

Bouilly, du reste, n'aimait pas seulement la chasse, et ses prédilections s'étendaient non moins vives à toutes les choses de la vie champêtre. Aussi bien, quand une circonstance quelconque l'empêchait de chasser, prenait-il aussitôt sa revanche en bêchant, râtissant, coupant du bois, voire même en faisant le peintre en bâtiment et, qui plus est, il n'admettait pas qu'on le dérangeât dans l'exercice de ces importantes fonctions. Ses intimes rappellent, à ce propos, qu'un jour, étant occupé à peindre la grille de son jardin dans le costume qu'on devine, il a lui-même éconduit un client important qui venait en équipage réclamer le chirurgien. Avec l'accent campagnard le plus déroutant, il lui répondit que M. Bouilly était en promenade et qu'il ne rentrerait pas avant la nuit.

Bouilly, vous le voyez, était donc bien un heureux de ce monde, dont la vie s'est écoulée laborieuse, simple et toute droite. On n'y trouve aucun noir détour, aucun événement particulier. Préparer ses concours, arriver, affirmer ensuite sa situation chirurgicale; ces trois phases de son existence se succèdent l'une à l'autre sans le moindre intermède.

Toujours à son poste, Bouilly n'a guère quitté Paris que pour aller à la chasse le dimanche ou vivre à la campagne durant les deux mois de vacances auxquels il tenait tant, surtout depuis qu'il possédait en Sologne le fort joli château de La Ferté-Imbault. Et je n'ai pas, j'imagine, besoin de vous dire que ce n'est pas le château qui le séduisait le plus, mais bien les fort belles chasses d'alentour.

Vous savez aussi comment il avait, si je puis ainsi dire, syn-

thétisé toutes les formules chères aux ententes de son cœur en laissant là l'existence de vieux garçon, pour épouser, il a quelques années, la femme qui par ses qualités de cœur, son élégance et sa grâce répondait le mieux à son concept du charme féminin.

Comment tant de félicités ont-elles pu s'effondrer tout d'un coup! Hélas! Messieurs, vous ne connaissez que trop les péripéties rapides de cette lamentable fin, et vous avez vu, ici même, les premières stations de cet odieux calvaire.

C'est quelques jours avant le 1er janvier de l'an dernier, un soir de la Toussaint, que Bouilly ressentit les premières atteintes de son mal; il en fut, paraît-il, peu surpris. Plusieurs d'entre nous savent, en effet, qu'il y était peut-être prédisposé. Il avait même eu le soin de prendre, depuis assez longtemps, certaines précautions prophylactiques dont l'une d'elles au moins, la suppresion du tabac, lui avait été pénible. Mais possible ne veut pas dire fatal. Et, en fait, Bouilly n'avait jamais cessé de se merveilleusement porter jusqu'à cette première alerte. Elle ne fut, du reste, qu'une ébauche. Un simple traitement médical remit tout en ordre et Bouilly reprit aussitôt espoir.

Bien courte fut cette trêve initiale. Au bout d'un mois le mal reparut, avec des caractères, cette fois trop nets pour laisser place au moindre doute. Le succès temporaire des deux interventions confiées peu après à Bouglé, le disciple si aimé, vint peut-être donner à Bouilly quelques lueurs d'espérance; mais très vite, la vérité se fit évidence inéluctable. Bouilly n'en continua pas moins sa vie active, sans y rien changer; il continua même à nous présider jusqu'à notre dernière séance de décembre et jamais, n'est-ce pas? vous n'oublierez le stoïcisme admirable avec lequel il sut dissimuler et taire les désespoirs certains de son âme.

N'était-il pas toujours affable, toujours attentif à diriger, à suivre vos discussions. Ses traits un peu tirés et quelques autres indices étaient là, cependant, pour nous laisser pressentir la réalité. Il prenait à nos travaux une part moins active qu'autrefois. Quand les opinions émises heurtaient trop directement les siennes, il se contentait de le murmurer à l'un de ses voisins du bureau et, pour ma part, je n'oublierai jamais ce qu'il y avait de détachement inaccoutumé, de sceptique indifférence, dans sa riposte, lorsque je l'invitais à dire tout haut ce qu'il pensait si bien tout bas : « A quoi bon? » répondait-il avec un certain plissement des lèvres, et cet « à quoi bon » n'était que trop significatif.

Vous souvenez-vous aussi de son empressement particulier à quitter son fauteuil pour venir un instant vérifier lui-même la pré-

tendue guérison de certains malades, considérés par leurs présentateurs comme atteints du mal qu'il se connaissait? Puis, après ce léger hochement de tête qui lui était familier, il regagnait sa place sans mot dire. Si nous avions su! Combien de présentations de ce genre ou de discussions similaires n'aurions-nous pas eu le soin d'éviter! Il est enfin certain que Bouilly n'avait peut-être plus au même degré son extrême tolérance, et parfois, en voulant ici rétablir le silence ou l'ordre des discussions, son regard prenait une expression d'impérative dureté que personne, à coup sûr, ne lui connaissait.

Et c'est tout. Vos souvenirs sont exacts. Avec une vaillance inouïe, et jusqu'à son dernier jour parmi nous, Bouilly conserva son impénétrable attitude. La douleur seule devait en triompher; mais vous allez voir comment.

En décembre, Bouilly connaissait son mal et le voyait grandir inexorable. Ses souffrances encore tolérables lui permirent de continuer régulièrement son service d'hôpital jusqu'au 16 décembre. Mais à cette date, il dut prendre la secrète décision de ne plus revenir et le récit que l'un de ses internes m'a fait de cette visite dernière est d'une simplicité trop émouvante pour que j'hésite à le reproduire.

C'était au lendemain du bal de l'internat. Bouilly n'arriva donc qu'à 9 heures. Avec son calme habituel, il fit successivement une opération sur les voies biliaires, puis une hystérectomie vaginale. Il commença bien une troisième opération, mais un réveil de douleur, sans doute, l'empêcha de continuer, et, sous un prétexte quelconque, il invita l'un de ses internes à terminer. S'adressant alors à ses assistants, il leur dit : « J'avance mes vacances de quelques jours parce que je suis un peu fatigué, mais je reviendrai au lendemain du jour de l'an; donc, Messieurs, au 2 janvier. »

Tous ses malades reçurent ensuite sa visite. Celle-ci terminée, il eut avec sa surveillante, la vieille Mme Chaine, un court entretien, dans lequel il la pria de lui rendre compte de l'argent qu'elle avait toujours en large dépôt. Il en régla l'intégrale distribution entre les gens de son personnel et ses malades nécessiteux, puis, avec la l'impassible sérénité qui ne l'avait pas un instant abandonné, il partit enfin. Mais beaucoup de ses élèves ne s'y étaient pas trompés! Ce règlement de comptes, cette visite si particulièrement complète, voire même la poignée de main que ses internes reçurent au départ, tout cela reflétait bien l'adieu! Ce lamentable adieu qui, ce même matin, s'envola cependant dans un court sanglot vite réprimé, lorsque se penchant vers Mlle Pinoy, la sur-

veillante qui l'aidait à se vêtir, il lui dit : « Non, ma chère enfant, je ne reviendrai pas le 2 janvier ; je ne reviendrai plus, c'est bien fini. »

Combien de fois ces tristes mots ne sont-ils pas revenus sous sa plume dans les lettres qu'il devait encore écrire à plusieurs d'entre nous, et que tous nous gardons parmi nos plus chères reliques : « Portez-vous bien, soyez heureux si vous le pouvez, me dit-il dans celle que je possède moi-même, datée du 28 janvier ; moi, j'ai fini, je quitte non sans regret la vie qui avait été bonne pour moi et qui pouvait encore me donner bien des jouissances et des satisfactions. » Pauvre Bouilly ! de quelles angoisses son cœur devait-il souffrir, quand il nous écrivait ainsi !

S'il avait pu se raidir contre ses souffrances naissantes, au point d'aller jusqu'au bout de sa présidence et d'opérer encore quelques malades préférés (sa dernière opération, rue Blomet, date, je crois, du 15 ou 16 janvier), il fut peu après cette date vraiment au bout de ses forces. Il mit donc bas les armes et nous ne le vîmes plus.

Mais, là-bas, dans ce home qui a vu ses dernières semaines de souffrance et de condamné, personne ne saura jamais assez rappeler les marques de sublime abnégation que notre malheureux Bouilly a su donner aux êtres chers qui l'entouraient : Sa mère adorée, sa femme dont la tendresse lui fut si consolante, les quelques amis qu'il a reçus jusqu'au dernier jour, enfin son disciple chéri Bouglé dont le cruel départ a suivi de si près celui du maître, que ce double deuil laissera toujours en nos cœurs comme une seule et même blessure.

Malgré la vision d'une mort imminente, malgré les tortures que lui causaient ses souffrances, chaque jour plus vives, il a conservé jusqu'au bout sa complète lucidité d'esprit, son calme et sa volonté ferme de dissimuler aussi bien ses désespérances morales que ses douleurs physiques. Sans doute il avait de passagères défaillances qui lui faisaient évoquer dans un sanglot déchirant le souvenir des êtres chers qu'il allait perdre, et de sa vie de bonheur ; mais très vite, il se ressaisissait, pour causer librement de choses courantes, de chirurgie surtout, accueillir aimablement ses amis et régler ses affaires. Jusqu'à son dernier jour, il a écrit d'une main ferme des lettres, des observations en retard pour ses élèves, et ses volontés dernières dans lesquelles on retrouve si complètement son équité et son goût de simplicité.

Parmi les dernières manifestations de sa volonté, on ne saurait oublier le départ qu'il imposa quelques jours avant de mourir à Bouglé, comme le seul moyen d'arrêter le mal terrible qui déjà le menaçait lui-même d'une manière si évidente. Vous connaissez

aussi l'ordre formel et si émouvant qu'il lui fit ensuite transmettre de ne point revenir pour son enterrement.

La veille même de sa mort, Bouilly était encore l'être fort et sublime que révèlent si hautement ces derniers détails; puis le soir venu, peut-être y eut-il quelque chose de plus tendre dans le dernier regard que recueillit sa femme, et le lendemain, c'était le 14 mars 1903 la mort avait fait son œuvre, nous imposant à tous le plus irréparable deuil et délivrant notre ami du plus cruel des supplices. Bouilly avait cinquante-cinq ans.

Pareille attitude d'un homme qui, brutalement, dans le plein épanouissement de sa force et de sa prospérité, voit la mort, devant lui, se dresser toute droite, sans que rien au monde la puisse détourner, n'est-elle pas l'exemple le plus touchant et le plus fort à la fois des victoires que l'Être intérieur peut remporter sur les afflictions de la vie?

Est-il rien de plus idéalement pur que cet héroïsme de résignation discrète ne s'inspirant pas plus de la certitude des justices prochaines que de l'entraînement des batailles ou de la patriotique vision d'un sang utilement versé?

Ce n'est donc pas seulement au chirurgien de mérite, à l'homme de bien, à l'ami sûr que nous devons rendre hommage. Bouilly fut plus encore! Avec lui disparaît une haute figure, mâle entre toutes, et qui, toujours, pour nos souvenirs, sera comme la marque suprême et radieuse du grand ami disparu.

Prix décernés en 1903.

(Séance annuelle du 3 février 1904.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. Katz, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse inaugurale, intitulée : *Le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.*

Prix Laborie (1.200 francs). — Le prix n'est pas décerné. La moitié de la somme qui le représente (soit 600 francs) est donné, à titre d'encouragement à M. Glover pour son travail intitulé : *Sur l'application de l'air chaud. Nouvelle méthode thérapeutique.*

Prix Demarquay (700 francs). — Le prix est décerné à MM. J. Vanverts, chef de clinique à la Faculté de Médecine et Dancourt, interne des hôpitaux de Lille, pour leur important Mémoire sur *les pleurésies purulentes enkystées.*

Prix Gerdy (2.000 francs.) — Le prix est décerné à M. Guibal (de Béziers) pour son travail sur *la chirurgie du cœur.*

Prix à décerner en 1904.

(Séance annuelle de janvier 1905.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1904.

Prix Laborie (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes, et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Les travaux des concurrents devront être déposés avant le 1er novembre 1904.

Prix à décerner en 1905.

(Séance annuelle de janvier 1906.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs) et Prix Laborie (1.200 francs). — Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des indications opératoires dans les traumatismes anciens du crâne.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le sujet proposé est : *Des abcès sous-phréniques.*

Les manuscrits destinés aux prix Demarquay et Gerdy doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe contenant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1904.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal des deux dernières séances est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2° Une lettre de M. Auguste REVERDIN (de Genève), remerciant la Société de sa nomination au titre de membre associé étranger;

3° Une lettre de M. GIRARD (de Bordeaux), et une lettre de M. COTTIN (de Dijon), qui remercient tous deux la Société de Chirurgie de leur récente nomination au titre de membre correspondant ;

4° Une lettre de M. LYOT qui, souffrant, demande un mois de congé ;

5° Une lettre de M. KIRMISSON, qui demande l'honorariat.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau un volume de la *Médecine opératoire* (*Gynécologie*), dont l'auteur M. KALLIOUTZIS, membre correspondant, fait hommage à la Société.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Quelques fractures dans la mise en marche des automobiles.

M. Tuffier. — L'hôpital Beaujon dessert un grand nombre d'usines et d'entrepôts d'automobiles; aussi soignons-nous un grand nombre de blessés de cette industrie. J'ai eu l'occasion de voir seize accidents dus au seul « retour de manivelle ». Nous voulions M. le Dr Marchais et moi faire un Mémoire sur ce sujet, mais la présentation du cas de M. Championnière va nous permettre d'en exposer un résumé. Le retour de manivelle provoque en général une fracture de l'avant-bras. Elle a lieu suivant *trois mécanismes différents* qui provoquent des lésions dissemblables. 1° Au moment où le mécanicien veut lancer le volant du moteur il tient à pleine main la poignée de la manivelle; lorsque se produit, ou plutôt se produisait (car les nouveaux moteurs ont remédié à la possibilité de cet accident), le retour en sens inverse de la manivelle, *la main qui tient la poignée peut rester en place;* elle est alors renversée en arrière, le poignet est porté en hyperextension et le radius cède, comme dans la *fracture par arrachement à la suite de chute sur le poignet*. Nous en avons observé cinq cas. On trouve alors les signes de la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius. Les seules particularités cliniques sont l'absence ou plutôt le peu d'apparence du dos de fourchette; le déplacement est peu marqué mais la mobilité du fragment était assez notable dans deux cas pour nécessiter l'emploi d'un appareil plâtré.

2° Dans un cas, l'accident semble s'être produit d'une façon un peu différente : la main avait *légèrement abandonné la poignée* du mécanisme; au moment où le retour brusque s'est produit, la poignée en fer est venue buter sur le talon de la paume de la main et a fracturé le radius par un mécanisme qui nous semble vraiment celui de l'*écrasement*, comme la radiographie le montrait.

3° Une seconde variété de fracture se produit alors que la main a abandonné la manivelle; c'est la poignée de l'instrument qui vient frapper la face postérieure de l'avant-bras et *fracturer les deux os au même niveau*, généralement au tiers inférieur. C'est le type de la fracture *par cause directe* qui ressemble à une fracture

par coup de bâton et qui n'a d'intéressant que son origine semblable à celle des types précédents. Nous en avons observé sept cas sur treize, elle semble donc un peu plus fréquente que les précédentes. Je n'ai pas remarqué de gravité particulière à cette variété.

Je citerai comme accident plus rare l'*entorse du pouce* dont nous avons observé deux exemples, alors que je n'ai jamais vu la luxation de la même articulation métacarpo-phalangienne à la suite de cet accident. Le brusque renversement en arrière de la poignée, de la manivelle, ouvre la main, le pouce est renversé en arrière. Impotence fonctionnelle, douleur sur les parties latérales de l'interligne, radiographie négative, guérison après une quinzaine de jours de massage.

Enfin, fait plus curieux, nous avons vu une *fracture de jambe* produite par ce même mécanisme. Il suffit d'avoir vu un mécanicien arc bouté tout près de la manivelle pour comprendre comment par une brusque rotation elle peut venir frapper le tibia bien fixé à ses deux extrémités et le fracturer net au point contus; c'est le type de la fracture par *cause directe*.

Tels sont les cas que nous avons observés; je me hâte de dire qu'ils sont moins fréquents actuellement, les constructeurs ayant notablement modifié cette partie du mécanisme, de façon à rendre presque impossible l'accident.

Sur l'appendicalgie.

M. Lejars. — J'ai écouté, puis lu avec grand intérêt la communication de notre collègue M. Guinard et je crois qu'elle peut se résumer en trois points : 1° Fréquence des appendicites méconnues, et prises pour d'autres affections abdominales ; 2° Fréquence des appendicites qui coexistent avec d'autres affections, et, ajoute M. Guinard, qui très souvent sont la cause réelle des douleurs ; 3° Conclusion pratique: aller toujours à la recherche de l'appendice, dans toute laparotomie, et, pour peu qu'il soit suspect, l'enlever.

Sur ce dernier point, nous sommes absolument d accord avec M. Guinard, et j'ai l'habitude, depuis longtemps déjà, d'inspecter l'appendice, et, même s'il paraît sain, j'ai grande tendance à l'enlever presque toujours. Et, depuis que je suis cette pratique, j'ai eu l'occasion de découvrir ainsi des lésions tout à fait inattendues d'un appendice qui, jusqu'alors, n'avait jamais provoqué le



moindre incident. Même s'il semble normal, je pense qu'il est souvent de bonne pratique de prolonger de quelques minutes l'intervention, pour en débarrasser le malade et prévenir des désastres ultérieurs; j'ai vu mourir, l'an dernier, une femme encore jeune, à laquelle j'avais fait, six mois avant, une hystérectomie abdominale pour un gros fibrome; elle était de santé florissante lorsqu'elle fut prise d'une appendicite perforante suraiguë. Transportée dans mon service à la période ultime, elle succomba. Si j'avais enlevé l'appendice lors de mon hystérectomie, n'aurais-je pas fait œuvre utile?

Ceci posé, il ne me semble pas indispensable d'insister longtemps non plus sur le second point, sur la fréquence des appendicites méconnues : tous, nous en avons de nombreux exemples, et, même pour m'en tenir aux affections pelviennes, il m'est arrivé de faire le diagnostic de salpingite élevée et adhérente, de kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu, et de tumeur, en opérant un foyer appendiculaire.

J'arrive à la troisième série de faits, aux appendicites chroniques latentes qui coexistent avec d'autres affections abdominales et commandent, en réalité, les réactions douloureuses. Cette fois encore, les exemples que nous a fournis M. Guinard sont très typiques, et nous en avons de tout semblables. Je me bornerai à la dysménorrhée des jeunes filles et à la rétroflexion utérine, mobile et douloureuse. J'ai opéré tout récemment une jeune fille de dix-sept ans qui souffrait depuis plusieurs années de crises abdominales, reparaissant toujours aux époques menstruelles, et traitées comme accidents dysménorrhéiques ; à un examen très attentif, je finis par trouver un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite, et j'allai à la recherche de l'appendice : il était presque gros comme le petit doigt, soudé à sa partie moyenne et adhérent, en somme très malade; l'utérus et les annexes étaient absolument sains. Dans un autre cas, qui date de trois mois, les accidents dysménorrhéiques avaient les mêmes allures ; or, l'ablation de l'appendice, cette fois beaucoup moins malade, a été suivie de la cessation des douleurs menstruelles. Je dirai la même chose de la rétroflexion utérine mobile, cette affection si étrange dans sa symptomatologie, qui, parfois, est extrêmement indolente, alors que d'autres femmes souffrent d'une façon indéniable et progressive. J'ai opéré tout récemment une malade de ce type, j'ai relevé sans la moindre difficulté un utérus peu volumineux, sans la moindre adhérence, et entouré d'annexes saines ; j'ai été « voir » l'appendice, et je l'ai trouvé gros, long, coudé, sérieusement malade; sans nulle hésitation je l'ai iséqué et, si j'ai pratiqué en même temps le raccourcissement intra-abdominal

des ligaments ronds, je ne suis pas éloigné de penser que la première intervention, l'ablation de l'appendice, eût suffi et que les douleurs pouvaient très bien être attribuées à lui.

Sans vouloir multiplier ces faits, je veux passer maintenant à la contre-partie. M. Guinard n'a-t-il pas avoué lui-même qu'il avait exagéré, pour frapper davantage? Eh bien, en discutant sa communication, nous avons successivement recherché et exposé les erreurs de diagnostic, en sens contraire de celles qu'il nous a rapportées et, vraiment, si l'on s'en tient à la douleur iliaque, si l'on donne à l'appendicalgie la valeur que M. Guinard a semblé vouloir lui réserver, bien des cas passeront pour appendicites — et seront opérés comme tels — qui sont de tout autre nature. Il ne faudrait pas étendre au delà de certaines limites la signification d'une douleur assez mal déterminée, en somme, dans son origine et sa pathogénie précise. A quoi doit-être attribuée la douleur appendiculaire? Est-ce l'appendicite qui est douloureuse? S'agit-il d'une névralgie des nerfs de la paroi? Traduit-elle des adhérences avec le péritoine pariétal, qui, comme l'a montré M. Lannande (d'Upsal), est seul sensible? Quoi qu'il en soit, on ne saurait oublier que même chez les individus normaux, la pression iliaque droite révèle assez souvent une certaine douleur: sur 27 étudiants en médecine, sains, étudiés à ce point de vue par M. Risth, 24 donnaient nettement cette réaction douloureuse iliaque. Sans insister sur cette partie, pour ainsi dire théorique, de l'histoire de la douleur appendiculaire ou pseudo-appendiculaire, nous savons bien qu'elle peut traduire tout une série d'affections qui n'ont rien de commun avec l'appendicite proprement dite. C'est d'abord la distension cæcale, pure et simple: j'ai été appelé d'urgence, il y a quelques années, pour opérer un jeune enfant, qui, disait-on, était atteint d'appendicite; il éprouvait une douleur « appendicalgique » des plus nettes, mais un peu éloignée, sur un ventre tout à fait libre; pas la moindre température, pouls et état général excellents; on sentait seulement des masses fécales le long de l'S iliaque et des côlons. Un traitement « d'urgence » amena une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Je dois confesser ici, que, sur la foi du point appendicalgique, j'ai opéré, pour appendicite, une fièvre typhoïde, au début; j'étais en bonne compagnie, c'était avec mon collègue et ami M. Courtois-Suffit: l'appendice n'avait absolument rien. Il s'agissait d'une dothiénentérie initiale, qui évolua normalement. Il y a mieux encore: j'ai vu un homme chez lequel on avait diagnostiqué une appendicite grave et institué d'emblée le traitement le plus rigoureux; on m'appela pour décider d'une intervention: je trouvai

encore un point appendicalgique, mais une fosse iliaque tout à fait libre ; je fus étonné de la dyspnée que présentait le malade, je le fis asseoir et je constatai l'existence d'une pneumonie étendue. Cette fois, la pneumonie a évolué sans que l'appendice donnât lieu à d'autres accidents.

Pour me résumer, je dirai tout net que je n'aime pas l'appendicalgie de mon ami M. Guinard, que je n'aime pas le mot ni la systématisation symptomatologique qu'il paraît indiquer ; je ne crois pas qu'il faille s'appuyer sur un seul symptôme, sur la douleur, pour apprécier les problèmes si complexes que nous réserve l'appendicite ; mais ceci n'enlève rien, à mon sens, à la valeur pratique de la communication de notre collègue et au grand intérêt des faits qu'il nous a rapportés.

Rapports.

Sur un travail intitulé : *Craquements sous-capsulaires pathologiques traités par l'interposition musculaire interscapulo-thoracique*, par M. le Dr MAUCLAIRE, agrégé, chirurgien des hôpitaux,

Rapporteur M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur un travail qui nous a été adressé par M. Mauclaire, travail inspiré par une jeune malade qui vous a été présentée par notre collègue comme atteinte de frottements sous-scapulaires.

Je vais d'abord vous rappeler les faits en vous donnant la lecture de l'observation de M. Mauclaire.

OBSERVATION. — Marcelle P..., âgée de dix-sept ans et demi, entre le 11 mai 1903 à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame n° 11 bis. La mère est bien portante, le père est mort d'une affection pulmonaire. Un frère est mort de tuberculose. Deux frères vivants sont bien portants. Dans son enfance la malade a eu des conjonctivites. Il y a près de trois ans, elle a été atteinte d'un érysipèle de la face. Elle est sujette à des amygdalites fréquentes.

En janvier dernier cette jeune fille éprouve quelques douleurs vagues dans les muscles des membres inférieurs et aussi dans le genou gauche pendant huit jours, puis des douleurs dans les deux régions scapulaires en avril, et c'est au bout de quelques jours que la malade s'aperçoit brusquement qu'elle ressent et entend des craquements

rudes quand elle remue les omoplates. En se penchant en avant elle signale une douleur et comme la sensation d'un lourd fardeau entre les épaules. Plusieurs séances de *pointes de feu appliquées* dans la région ne déterminent aucune amélioration.

Les douleurs et la gêne qu'elle éprouve pour son travail de couturière la décident à venir à l'Hôtel-Dieu.

En examinant la région, on ne voit pas d'atrophie musculaire. La colonne vertébrale ne présente aucune déviation. Les deux omoplates sont au même niveau, mais le bord interne du scapulum gauche est légèrement écarté du tronc. L'omoplate droite a sa direction normale. Dès que la malade remue son omoplate gauche on entend *à distance* un gros craquement. Si la main est appliquée sur la région, elle perçoit ce craquement sur toute la fosse sous-scapulaire, surtout le long du bord spinal au niveau de l'insertion de l'épine. A la pression on détermine en ce point une légère douleur.

Du côté droit on perçoit les mêmes craquements, mais bien moins intenses, à l'oreille et à la palpation.

En cherchant à mettre un doigt sous l'angle inférieur de l'omoplate, comme pour l'écarter, il semble que l'intensité du craquement soit un peu moindre. En fouillant la face antérieure par dépression on ne sent aucune saillie osseuse anormale.

Les muscles scapulaires ne présentent aucune contracture, ni paralysie ni parésie apparente mais la réaction électrique n'a pas été recherchée. Pas d'adénite axillaire. En immobilisant l'angle supéro-interne du scapulum, le bruit s'entend encore dans les petits mouvements qui se produisent au niveau du scapulum.

Les troubles fonctionnels, au dire de la malade, sont représentés par quelques douleurs et une gêne notable dans tous les mouvements d'élévation de l'omoplate.

L'état viscéral, poumon, cœur, est normal. L'état général est bon. Pas de symptômes de névropathie, ni d'hystérie. Pas de craquements dans les articulations des membres.

La radiographie fut faite par M. Infroit, mais elle ne décela aucune saillie anormale entre l'omoplate et les côtes sous-jacentes.

La malade est présentée dans cet état à la Société de Chirurgie au commencement du mois de mai 1903.

Des pointes de feu furent appliquées de nouveau sur le bras gauche immobilisé dans une écharpe, mais sans aucune amélioration.

Croyant à la possibilité d'un hygroma sous-scapulaire, peut-être bacillaire chez cette malade dont les antécédents bacillaires étaient très-nets, nous nous décidâmes pour une intervention, exploratrice tout d'abord.

Opération le 16 mai, avec l'aide de M. Cottard, interne du service. Incision verticale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané le long du bord interne de l'omoplate gauche. Boutonnière de deux centimètres de haut traversant les fibres du trapèze et du rhomboïde pour pouvoir passer le doigt explorateur entre la face postérieure du grand dentelé et la face extérieure des côtes. On ne sent aucune exostose, ni ecchon-

drose, scapulaire ou costale, ni hygroma sous-scapulaire appréciable au toucher.

Dès lors nous nous décidons à pratiquer l'*interposition musculaire inter scapulo-thoracique* que nous avions étudiée les jours précédents à l'Ecole pratique.

La lèvre interne de la plaie cutanée étant réclinée en dedans, un lambeau musculaire quadrilatère comprenant la partie correspondante du trapèze et du rhomboïde laissés accolés est tracé. Il commence en dedans à deux centimètres de la crête épineuse; sa charnière est adhérente à l'omoplate. Il comprend les insertions trapéziennes nées des 3e et 4e vertèbres dorsales. Ce lambeau par son élasticité se ratatine légèrement. Après l'avoir relevé nous explorons mieux la région de la fosse sous-scapulaire comprise entre le thorax et le grand dentelé. Cette loge s'ouvre comme les feuillets d'un livre. Nous voyons nettement une petite bourse séreuse au niveau de la région moyenne de l'omoplate à l'insertion de l'épine. Elle ne paraît pas contenir de sérosité en excès et ses parois sont peu épaisses.

On voit nettement à nu les faces externes des 3e et 4e côtes tandis que les espaces intercostaux sont recouverts de tissu cellulaire. La surface dénudée des côtes est normale sans ecchondroses, de même que le bord interne du scapulum. Le grand dentelé ne présente aucune atrophie apparente.

Le lambeau musculaire libéré est dirigé vers la fosse sous-scapulaire et interposé entre le thorax d'une part, le grand dentelé et le bord spinal de l'omoplate d'autre part. Par un point de suture profond au catgut on le fixe assez difficilement à la face profonde du grand dentelé. Drainage inférieur de la plaie. Sutures cutanées.

Les suites de l'opération furent très régulières. Le membre supérieur gauche fut immobilisé pendant vingt jours.

La malade, examinée six semaines après l'opération, ne présentait aucune ascension de l'omoplate correspondante. Le bord interne faisait encore un peu saillie; mais je rappelle qu'il en était déjà ainsi avant l'opération. *Dans les mouvements de l'omoplate, le bruit ne se produisait plus*, quelle que fut l'extension du mouvement. Du côté droit les craquements sont restés peu intenses.

La malade est envoyée au Vésinet et en octobre nous faisons une démarche pour la revoir à domicile. Malheureusement la jeune fille a quitté le Vésinet sans donner son adresse à sa famille.

J'espère, ajoute M. Mauclaire, un jour ou l'autre retrouver cette malade quand elle rentrera au bercail, et je verrai s'il s'est produit une déviation secondaire de l'omoplate ou du rachis, ce que je ne crois pas.

C'est en effet la grande crainte que nous avons eue en pratiquant l'opération nouvelle susdécrite. Toutefois, nous nous sommes efforcé de ne prendre au trapèze qu'une partie de ses fibres transversales, ses fibres élévatrices ont été respectées.

Un point délicat dans cette observation est relatif au nerf spinal, dont la branche a été sectionnée sans aucun doute.

Mais les nerfs du trapèze sont très nombreux et de sources différentes; ce sont les suivants :

a) Le *nerf spinal.* Par sa branche externe, qui s'anastomose avec les 2e et 3e *branches cervicales*, s'accole à la face interne du trapèze auquel il donne des filets latéraux en descendant jusqu'à l'extrémité inférieure du muscle.

D'après plusieurs préparations que nous avons étudiées, nous pouvons dire que, à la hauteur de l'épine scapulaire, cette branche du spinal descend parallèlement au bord spinal de l'omoplate, distante de 3 ou 4 centimètres en moyenne de ce bord.

b) Le 4e *nerf cervical* s'anastomose avec le précédent par sa branche antérieure (rameau antérieur du nerf sus-claviculaire postérieur). La branche postérieure de ce même nerf innerve la partie supérieure du trapèze (suivant Bock, Arnold et Svann, cités par Valentin).

c) Le 5e *nerf cervical* fournit le nerf scapulaire postérieur qui, descendant le long de l'artère scapulaire postérieure, aboutit à la face interne du muscle trapèze.

d) La *branche postérieure des nerfs thoraciques* (1e, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e) innervent, d'après Valentin, le trapèze comme nous avons pu nous en assurer.

D'ailleurs, dans l'article de Soulié (article « nerfs » du *Traité* de Poirier et Charpy, fig. 542, page 957), on voit un schéma de Charpy dans lequel le trapèze reçoit des filets du rameau interne des branches postérieures des nerfs dorsaux.

Enfin, pour confirmer l'intégrité du fonctionnement de la moitié inférieure du muscle, je ferai remarquer que six semaines après l'opération, l'omoplate n'avait subi aucune ascension, ni aucune autre déviation.

De plus, si l'on voulait ne pas se servir du trapèze, pour faire l'interposition musculaire interscapulo-thoracique, il suffirait d'inciser le trapèze à 2 centimètres du bord spinal et, par cette brèche, ne prendre le lambeau d'interposition que sur le rhomboïde.

Quant à ce dernier muscle, qui est élévateur et adducteur du scapulum, il est abordé à son bord supérieur par son nerf, et il n'a été sectionné qu'en partie suivant son tiers moyen.

M. Mauclaire fait ensuite remarquer qu'avec la taille du lambeau qu'il préconise, on peut facilement explorer l'espace interscapulo-thoracique et remettre les choses en état, si on n'a trouvé ni exostose, ni bourse séreuse, ni aucune lésion dans cette région.

Que faut-il maintenant penser de la pathogénie de ces craquements pathologiques? Il faut avouer que l'opération faite par

M. Mauclaire ne nous éclaire pas beaucoup sur la cause qui les produit.

On admet en général, avec Delens et Terrillon, que ces frottements pathologiques peuvent être séparés en trois groupes suivant la lésion qui leur a donné naissance, et M. Zaphiriadès, dans une thèse récente soutenue sur ce sujet (Paris 1903), reproduit cette division.

Il divise donc les causes des frottements pathologiques sous-scapulaires en trois groupes :

1° Exostose costale ou scapulaire;

2° Atrophie du muscle sous-scapulaire;

3° Bourse séreuse sous-scapulaire.

Mais M. Mauclaire n'a rencontré aucune de ces lésions. Il a bien trouvé une bourse séreuse, mais nullement épaissie et incapable de donner lieu aux craquements observés. Il fait remarquer que l'affection était relativement récente et n'avait pu encore produire des lésions profondes; c'est vrai, mais on peut lui faire observer que les frottements étaient considérables, qu'ils déterminaient une gêne de tout le membre supérieur et qu'à des symptômes très nets il doit y avoir une cause évidente. Aussi, pour expliquer ces frottements, nous ne voyons guère que l'interprétation donnée par M. Le Dentu et qui invoque une disposition particulière dans les insertions du muscle grand dentelé sur le scapulum. Ses digitations laissent entre elles des espaces celluleux; supposons chez certains sujets un élargissement congénital de ces espaces et peut-être aussi une minceur exagérée de la portion moyenne des muscles sans atrophie proprement dite, on peut s'expliquer comment, sans cause manifeste, les os de la région peuvent frotter l'un contre l'autre, et comment l'écartement de l'omoplate et du thorax par un appareil prothétique a fait cesser les symptômes gênants, alors que la faradisation dirigée contre une atrophie supposée avait complètement échoué.

En terminant, on peut se demander si l'intervention pratiquée par M. Mauclaire n'est pas un peu sérieuse, étant donnée la lègère lésion rencontrée. A cela M. Mauclaire nous répond que tous les moyens médicaux avaient échoué, que sa malade accusait non seulement des craquements gênants, mais encore de la gêne dans les fonctions du membre supérieur et qu'enfin il a obtenu la guérison

M. Nélaton. — Je crois que les craquements dont parle M. Rochard ont été décrits par M. Duplay.

J'ai, sur trois malades dont les mouvements de l'épaule les faisaient entendre, employé comme traitement le massage forcé,

les mouvements forcés de l'épaule préconisés par le même chirurgien. La mobilité de l'articulation a été plus grande, mais consécutivement ces malades ont présenté des abcès tuberculeux périscapulaires. Aussi, devant ces faits, je crois que cette affection est de nature tuberculeuse.

M. ROCHARD. — Je pense que M. Nélaton fait là une confusion entre les craquements de la péri-arthrite scapulo-humérale et les craquements sous-scapulaires. C'est Terrillon et non Duplay qui a attiré l'attention sur ces derniers.

M. DEMOULIN. — J'ai eu l'honneur d'être, pendant deux ans, le chef de clinique de M. le professeur Duplay, ct je crois bien connaître l'ensemble de ses remarquables travaux scientifiques; or, je puis affirmer qu'il n'a jamais établi de rapports entre les frottements sous-scapulaires et la péri-arthrite scapulo-humérale. Il existe, parfois, dans cette dernière affection, dont il a le premier donné une description magistrale, aujourd'hui classique, de la crépitation, mais elle n'a absolument rien à voir avec les frottements sous-scapulaires dont le regretté Terrillon avait fait une bonne étude.

M. KIRMISSON. — La péri-arthrite scapulo-humérale et l'affection qui donne comme signe les craquements sous-capulaires sont bien distinctes.

J'ai pu observer dans le service d'Alphonse Guérin le malade dont Terrillon a rapporté l'observation. C'était un tuberculeux.

J'ai, depuis, vu plusieurs malades semblables; presque tous étaient tuberculeux, de sorte que je suis enclin à établir des rapports étroits entre la tuberculose et l'affection dont il est question.

L'observation de M. Mauclaire ne me paraît pas probante parce qu'elle n'a pas été assez longtemps poursuivie.

M. NÉLATON. — Je complète ce que je viens de dire des craquements dans les péri-arthrites scapulo-humérales.

J'ai observé une femme chez laquelle je portai le diagnostic de péri-arthrite. En présence de M. Gautier, je soumis l'épaule de cette malade à des mouvements forcés; sous le chloroforme les craquements cessèrent spontanément. Au bout de six mois un abcès sous-claviculaire se montra. J'en conclus qu'il est difficile de tirer une conclusion d'une observation suivie pendant deux mois seulement.

M. WALTHER. — J'ai, moi aussi, observé quelques malades

présentant des craquements sous-scapulaires tellement forts qu'ils pouvaient s'entendre à distance; j'ai vu chez un de ces malades un abcès froid consécutif.

Sur une malade de Trélat, on pensa à la tuberculose. L'état général était celui d'une tuberculeuse.

Bientôt on constata une tuméfaction assez volumineuse au-dessous de l'omoplate. En soumettant cette malade à un traitement antisyphilitique celle-ci disparut. En recherchant dans les commémoratifs nous relevâmes une syphilis vaccinale. La syphilis comme la tuberculose peut donc donner lieu à ce symptôme de lésions encore mal connues dans leur pathogénie.

M. Rochard. — Je répondrai à M. Kirmisson que l'observation de M. Mauclaire a ceci d'intéressant, c'est qu'il n'a rien trouvé dans son opération, tout en songeant à la tuberculose. Il n'y avait aucune lésion visible et cependant il existait des craquements.

A MM. Nélaton et Kirmisson qui ont ceci de frappant, je répondrai que si chez le malade de M. Mauclaire il n'y avait pas de lésion locale tuberculeuse, il y avait des antécédents tuberculeux.

Sur un mémoire intitulé :
De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y,
par M. le D[r] Riche, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. ED. SCHWARTZ.

Depuis la communication que nous a faite le professeur Terrier, le 16 novembre 1898, la jéjunostomie n'a pas été à l'ordre du jour de notre Société.

A cette époque notre collègue nous communiqua une observation de jéjunostomie latérale dans un cas de cancer inopérable de l'estomac et dans lequel il n'y eut à songer ni à une gastrectomie, ni à une gastroentérostomie. Après avoir rappelé à juste titre l'opération princeps faite par Surmay de Ham qui en 1878 inventa de toutes pièces la jéjunostomie, il rapporta les observations déjà publiées qui à cette époque ne dépassaient pas vingt-six, et insista sur le manuel opératoire, que l'opération fût pratiquée en deux temps, ou en un temps, suivant l'urgence de l'alimentation.

L'idée qui se dégagea de la communication de notre collègue fut

que la jéjunostomie était une opération purement palliative, qui ne devait servir que comme une ressource ultime dans les cas où toute gastrectomie ou gastroentérostomie était impossible, et cela seulement dans les cas de cancers ou de destruction plus ou moins étendue de l'estomac par des caustiques. Cette conclusion paraissait fortement corroborée par la mortalité élevée des opérés de jéjunostomie latérale.

Sur vingt-trois cas rassemblés dans un mémoire de Cackovic ce dernier signale treize morts après l'opération; dans trois cas seulement la survie dépassa deux mois.

Les deux premiers malades opérés par M. le Dr Riche n'étaient pas pour l'encourager.

En 1900 dans le service de notre collègue Potherat, il voulut faire une jéjunostomie latérale en deux temps sur un homme très cachectisé, porteur d'un cancer massif de l'estomac avec vomissements continuels; le malade mourut le surlendemain du premier temps de l'opération, avant qu'on eût ouvert l'intestin.

En 1902, dans le service de Walther, il pratiqua une jéjunostomie latérale en deux temps pour un cas analogue. Des phénomènes de congestion pulmonaire avaient déjà fait différer l'opération. Tout se passa fort bien, la bouche jéjunale fonctionna de façon satisfaisante pendant une dizaine de jours; le malade semblait en voie de guérison quand il fut repris d'accidents pulmonaires; il succomba au bout de six semaines.

L'observation que je vais avoir l'honneur de vous rapporter constitue la troisième de notre collègue. Le malade fut opéré dans mon service et j'ai pu le suivre jusqu'à la fin. Se basant sur les bons résultats obtenus par Roux (de Lausanne) par la gastroentérostomie en Y et sur la valeur de cette technique au point de vue du non-reflux de la bile, Riche, sans savoir que Maydl faisait depuis quelques années la jéjunostomie en Y, la fit d'emblée de son côté comme vous allez en juger par l'observation que voici :

Cancer massif de l'estomac. Sténose pylorique. Jéjunostomie en Y.

D..., quarante-quatre ans, cocher, entré à Cochin, le 4 février 1903.

Le début de la maladie remonte à peu près à un an. C'est du moins depuis ce moment que l'amaigrissement a commencé. Depuis six mois, l'appétit a progressivement disparu et des douleurs dans la région épigastrique accompagnent l'ingestion des aliments. Depuis trois mois, l'intolérance gastrique est devenue absolue. Ce n'est pourtant qu'il y a deux mois que la tumeur aurait été constatée.

L'état général est très atteint, et le malade réclame une intervention.

L'intolérance gastrique ne permet pas l'étude du chimisme stomacal.

La tumeur était visible à travers la paroi amaigrie. Elle était étalée,

légèrement mamelonnée, remplissait toute la région épigastrique, et on la sentait se continuer dans l'hypocondre gauche.

L'immobilité n'était pas absolue.

Pas d'ascite, pas d'œdème malléolaire. Quelques petits ganglions sus-claviculaires. Cachexie, teinte jaune paille.

Le malade qui aurait perdu 14 kilogrammes, pèserait encore 59 kil. 800. (Ce chiffre aurait eu besoin d'être vérifié, car il paraît exagéré, étant donnée la maigreur squelettique du malade).

Les antécédents ne révèlent rien au point de vue néoplasique.

Pas d'éthylisme. Ni sucre ni albumine dans les urines.

L'extirpation du néoplasme n'est probablement plus possible; je ne crois pas qu'il reste de la place pour faire une gastro-entérostomie. La jéjunostomie m'apparaît comme la seule ressource.

Opération le 7 février 1903. — Anesthésie chloroformique. Laparotomie sus-ombilicale avec l'aide de M. Bouchet, interne du service.

Le foie descend très bas, mais ne présente pas de noyaux. En le relevant, on voit un cancer massif s'arrêtant nettement au pylore, mais s'étendant à gauche aussi loin qu'on peut voir et toucher.

L'exploration à travers les épiploons montre que la face postérieure est aussi envahie que l'antérieure, et qu'il y a des adhérences en arrière. Ganglions néoplasiques tout le long de la grande courbure.

Le côlon, très abaissé, est relevé avec l'épiploon, et je cherche l'angle duodéno-jéjunal.

A 15 centimètres environ de cet angle, je coupe l'intestin en travers entre deux pinces de Kocher, je sectionne le mésentère et en fais l'hémostase.

Je fais, à l'aide du bouton de Murphy, l'implantation du bout supérieur dans une boutonnière de l'inférieur à 12 centimètres environ de la section.

Je ferme le ventre en fixant l'intestin à l'extrémité inférieure de mon incision (niveau de l'ombilic), par suture séro-séreuse et muco-cutanée.

Le malade est reporté dans son lit et on lui fait une injection de 1.500 grammes de sérum.

Il prend le même jour par la bouche un verre de lait contenant un jaune d'œuf.

8 *février*. — Trois verres de lait par la bouche. Le soir, écoulement abondant de bile.

9 *février*. — 500 grammes de sérum. Trois quarts de litre de lait et un œuf par la fistule.

10 *février*. — L'alimentation par la bouche donne des vomissements. L'état général est assez précaire. Diarrhée. Ventouses.

11 *février*. — Deux œufs. Un litre de lait. Jus de viande par la fistule. La diarrhée persiste. L'écoulement de bile diminue.

12 *février*. — Les matières fécales jusque-là décolorées reprennent couleur.

18 *février*. — L'infirmière trouvant difficile l'alimentation par la sonde, le malade prend par la bouche deux potages, deux œufs, du jus de viande.

De même le lendemain, mais les vomissements reparaissent.

Les jours suivants, l'alimentation a toujours lieu en partie par la bouche, et en partie par la fistule. La continence varie d'un jour à l'autre, mais laisse toujours à désirer.

Le malade se trouve très soulagé, demande à fumer.

Le 1er mars, je lui fais introduire des œufs durs par sa fistule.

Le 3 mars, il se lève pendant une heure.

La continence est plus satisfaisante.

Le malade continue à se lever tous les jours, et se promène sans aide dans la salle.

Le 10 mars, il pèse 47 kil. 550.

Je lui fais faire une pâte assez consistante composée de peptones sèches et de jaune d'œuf qui est introduite directement.

La 18 mars, 43 kil. 900; le 25, 45 kil. 300.

Il a remarqué que la continence est parfaite pour l'alimentation solide ou demi-solide, qu'elle laisse à désirer lorsqu'on lui introduit trop de liquide à la fois.

Je n'ai eu aucune nouvelle du bouton de Murphy. Les premiers jours, la surveillance a laissé à désirer. Le 25 février, j'ai introduit l'index par la bouche jéjunale, et ai pu sentir que le bouton n'était plus en place.

Du 25 mars au 1er avril, l'alimentation se fait à peu près exclusivement par la bouche. Le malade est gai, fume des cigarettes, et se lève tous les jours pendant deux ou trois heures, sauf le 30 et le 31 mars où, se sentant fatigué, il ne se lève qu'une heure.

Le 2 avril, on recommence à lui faire prendre des peptones et des œufs durs par l'orifice jéjunal.

Le 3 et le 4 avril, il ne se lève pas. Le 7, poids 43 kilogrammes. Le 8, il ne se lève pas.

Le 9 et le 11, il reste levé pendant trois heures; de même les 14, 15 et 16. Le 15 avril, poids 43 kil. 800.

Le 17, les urines sont rouges, peut-être un peu sanglantes (?); il en est de même le 18 et le 19.

A partir du 17, le malade ne s'est plus levé.

Le 21, le pied gauche s'œdématie.

L'œdème remonte les jours suivants; l'affaiblissement fait des progrès rapides et le malade s'éteint le 27 avril dans l'après-midi, soixante-dix-neuf jours après l'opération.

Autopsie le 30 *avril.* — La famille y ayant mis opposition, l'autopsie a été forcément un peu sommaire.

Le cadavre est extrêmement émacié. La peau de l'abdomen n'est le siège d'aucune irritation. La cicatrice sus-ombilicale est indurée.

Je circonscris dans mon incision la bouche jéjunale et la cicatrice opératoire et je pénètre dans le ventre.

La masse cancéreuse du volume de deux poings d'adulte, occupe tout l'épigastre; dans l'hypocondre gauche, ce qui reste de l'estomac est notablement distendu.

J'enlève d'un bloc l'extrémité inférieure de l'œsophage, l'estomac, le

duodénum, le jéjunum jusqu'à 15 centimètres au-dessous de l'anastomose, et un segment du côlon transverse, en laissant attenant à la pièce le pourtour de la bouche jéjunale.

Le cancer est d'un blanc grisâtre, mamelonné, également étendu sur les deux faces. Les ganglions de la petite courbure sont fusionnés dans la masse; les ganglions sus-pancréatiques sont infiltrés.

J'ouvre par une incision la grosse tubérosité, et je vide l'estomac qui contenait à peu près un litre de liquides alimentaires. Le cancer garde la forme d'un entonnoir rigide et épais. Il est si nettement limité du côté du duodénum que la paroi intestinale appliquée sur l'extrémité du néoplasme prend l'aspect de la baudruche qui ferme un mirliton.

Il n'y a aucun noyau hépatique.

L'anastomose est très largement perméable, mais son voisinage de la bouche jéjunale (6-7 centimètres) explique fort bien la continence imparfaite de celle-ci.

J'explore tout le tube digestif sans retrouver le bouton de Murphy.

L'induration dont la cicatrice opératoire est le siège est constituée non par une infiltration cancéreuse, mais par une ossification véritable.

La pièce a été présentée à la Société anatomique le 1er mai, et déposée au musée Dupuytren.

M. le Dr Riche dans son intéressant Mémoire s'attache successivement à l'étude du manuel opératoire, puis à celle des indications de l'opération. Nous le suivrons dans les deux.

Manuel opératoire. — Comme nous l'avons déjà dit, lors de la communication du professeur Terrier, il ne s'agissait que de la jéjunostomie dite latérale, pratiquée sur le jéjunum amené à la plaie de la laparotomie, préventivement suturé à ses lèvres, soit parallèlement, soit perpendiculairement à son axe, puis ouvert dans une petite étendue pour permettre l'introduction d'une sonde et l'alimentation. Cette ouverture peut être immédiate, quand il y a urgence d'alimenter rapidement le malade; elle peut se faire dans les jours qui suivent la fixation de l'intestin (opération en deux temps) quand on a le temps de laisser s'établir des adhérences protectrices. Ce manuel opératoire a été exposé de façon à ce qu'il n'y a rien à y ajouter quand il s'agit de jéjunostomie latérale.

Mais déjà à cette époque Maydl, Albert, von Eiselsberg avaient pratiqué la jéjunostomie par d'autres procédés que celui de Surmay de Ham.

Sans le connaître, Riche a employé chez son malade le procédé de Maydl sur lequel je vous demande la permission d'insister.

Riche, comme tous les chirurgiens qui ont fait la jéjunostomie latérale avait été frappé des difficultés de l'alimentation par la bouche jéjunale, du reflux facile des aliments, de l'écoulement de la bile. C'est pour obvier à ces inconvénients dont il avait été

témoin dans sa deuxième observation qu'il se proposa d'appliquer au jéjunum le procédé de gastroentérostomie en Y de Roux; il fit la jéjunostomie dite en Y que Maydl pratiqua pour la première fois en 1892 et qu'il perfectionna depuis.

Voici les temps de cette opération telle que Maydl les a décrits dans sa communication en 1898 (Mittheilungen aus den Grenzgebieter der Medizin und der Chirurgie, III, p. 532, 1898).

Après avoir fait la laparotomie médiane sus-ombilicale, laparotomie d'abord exploratrice, on va à la recherche du jéjunum, d'après la manière ordinaire.

La première anse jéjunale trouvée est amenée au dehors. L'intestin est sectionné entre deux pinces, deux compresseurs ou deux lanières de gaze iodoformée; le bout proximal, tenant au duodénum, doit avoir une longueur de 20 centimètres environ pour ne subir aucun tiraillement.

Le bout distal ou inférieur est maintenu fermé, entouré de compresses stérilisées et en dehors du ventre. Sur lui à environ 20 à 30 centimètres de la section on fait au niveau du bord convexe une incision de 3 centimètres environ, incision dans laquelle on va implanter le bout proximal ou supérieur, soit par deux plans de sutures, soit à l'aide du bouton de Murphy.

Lorsque l'implantation est faite, le bout proximal s'ouvre dans le bout distal à 20 centimètres environ de sa section. Celui-ci libéré de son mésentère sur une étendue de 2 centimètres est suturé lui-même, après fermeture du ventre, dans toute sa partie supérieure dans l'angle inférieur de la plaie de la laparotomie ; on peut faire mieux en couchant l'intestin sous la peau et venant l'aboucher à une incision cutanée en dehors de celle de la ligne médiane; cette dernière est fermée complètement au niveau des téguments ne laissant de place, inférieurement à travers les plans profonds, que pour le passage de l'intestin.

L'alimentation peut être commencée aussitôt après l'opération, le même jour, à l'aide d'une sonde mise dans l'intestin chaque fois qu'il y a lieu, ou laissée à demeure et passant dans le pansement, de façon à ne pas être obligé de déranger celui-ci chaque fois que l'on doit nourrir le malade.

La continence est assurée par la distance qui sépare la bouche jéjunale de l'estomac et par le pont cutané sous lequel est coudé l'intestin. Si elle laissait quelque peu à désirer, un tampon ou une pelote agissant à travers la peau effacerait complètement la lumière de l'intestin. Rien ne serait plus facile que de fermer la fistule si elle ne devait pas être définitive. Sans ouvrir le ventre on retrouverait sous la peau le petit segment intestinal extériorisé, et on en ferait l'occlusion après l'avoir avivé.

La technique qu'a suivie sous nos yeux notre confrère est analogue à celle que Maydl mettait en pratique au début. Il a sectionné l'intestin à 15 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal entre deux pinces de Kocher. L'anastomose a été établie environ à 10 centimètres de la section à l'aide du bouton de Murphy. Le bout périphérique a été fixé à la partie inférieure de la plaie de la laparotomie par suture séro-séreuse d'abord, puis par suture muco-cutanée.

Il est certain que la façon de faire de Maydl vaut mieux ; il est préférable de faire l'anastomose plus loin de la bouche, de 20 à 30 centimètres ; il est préférable encore de couder l'intestin sous un pont cutané. Ces manœuvres ont pour but d'éviter le reflux des liquides du bout inférieur et d'assurer une meilleure continence pour l'alimentation. Si dans le cas de notre confrère celle-ci a laissé à désirer, il en accuse, et je suis de son avis, une anastomose trop rapprochée de l'abouchement à la peau (8 centimètres 1/2). Je pense que l'écoulement abondant de bile par la fistule observé les premiers jours a été dû aussi à cette proximité de l'anastomose et de la bouche jéjunale. Maydl dit obtenir la continence toujours par l'emploi de son procédé.

L'incontinence de la fistule jéjunale avait frappé la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué la jéjunostomie.

Dès 1896, Karewski (Ueber einen Fall von Chlorzinkvergiftung und Bemerkungen zur Jejunostomie, *Berliner kl. Wochenschrift*, n° 50, 1895) avait employé un procédé analogue à celui de Witzel pour la gastrostomie.

C'est un procédé semblable qu'a suivi récemment Moynihan (The operation of jejunostomy, with a report of e cases, *Bristish med. Journal*, p. 1599-1600, 1902). Il consiste, après avoir ouvert le jéjunum attiré hors du ventre, à y introduire un tube en caoutchouc du calibre d'une sonde n° 12 ; puis à le coudre sur une certaine longueur en l'invaginant dans l'intestin ramené par-dessus lui et à fixer l'intestin ainsi ouvert à la paroi. Lorsque le malade est alimenté à travers un tube de ce genre, on y fixe un entonnoir et on fait pénétrer lentement les liquides.

Moynihan rapporte deux observations.

Dans la première, il s'agissait d'un homme de cinquante-quatre ans, qui avait un cancer massif et total de l'estomac ; la jéjunostomie était la seule opération possible. L'opération fut faite, mais l'opéré succomba le 9 avril suivant.

Dans la seconde, c'était un homme de soixante-treize ans ; la jéjunostomie faite par le même procédé donna une survie de un mois, du 27 mai au 3 juillet.

Pour notre compte nous trouvons cette technique moins simple

et surtout moins sûre que celle de Maydl préconisée par notre confrère le docteur Riche; de plus c'est le procédé de Maydl qui permet de nourrir le plus facilement les malades ; il nous paraît supérieur au point de vue de la continence et de la durée de la survie, comme en font foi les recherches que nous avons faites.

Si nous compulsons en effet les vingt-deux observations du mémoire de Maydl de 1898, nous trouvons une mortalité opératoire de 4; les autres opérés ont survécu.

Dans un cas, la survie a été de dix-sept mois; l'opérée, une femme de quarante ans, s'est nourrie pendant deux mois par la fistule, puis par la bouche, et a succombé à la cachexie; nous trouvons encore des survies de huit mois, de deux et de six mois et demi, une de quatre mois et une de trois mois. Dans un cas l'opéré avait augmenté de 12 kilogrammes. S'agissait-il bien de cancer dans tous ces cas, c'est probable, mais il n'est la plupart du temps démontré que cliniquement; l'opéré de notre confrère Riche a vécu avec sa fistule presque trois mois.

Nous sommes donc d'accord avec lui pour prôner la jéjunostomie en Y, mais en la regardant comme une opération de nécessité. Toutes les fois que la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure sera possible, assez loin des lésions pour ne pas avoir à craindre une propagation trop rapide, nous la préférerons même à gravité un peu plus grande; car ce qu'il faut surtout donner au malheureux malade, c'est l'illusion de la guérison, si nous ne pouvons la lui donner vraie et définitive. Et puis il faut compter sur des erreurs possibles de diagnostic; s'il s'agit d'une sténose pylorique de nature non cancéreuse, la gastroentérostomie constituera l'opération de beaucoup la meilleure. Je sais bien que Maydl n'hésite pas, dans ces cas, à conseiller de rouvrir le ventre, de décoller l'anse abouchée à la peau et de venir l'aboucher à l'estomac en transformant la jéjunostomie en gastroentérostomie en Y lorsque la sténose cède et avec elle tous les accidents (cas de linite, d'affections bénignes); je sais encore que la bouche jéjunale est très facile à fermer par simple abrasion de la muqueuse et la pose de quelques points de suture : mais enfin ce sont de nouvelles interventions et c'est là un fait à prendre en considération.

En 1903, dans un très intéressant mémoire, Maydl a repris la question et a insisté à nouveau et sur la bonté des résultats opératoires et sur l'extension des indications de l'opération.

K. Maydl (Weitere Beiträge zur Indicationsstellung der Jejunostomie, *Wiener klinische Rundschau*, 4 et 11 janvier 1903) rapporte dans son mémoire un total de vingt-sept cas de cancers sur lesquels il n'a eu que cinq morts; ses cinq derniers cas lui ont

fourni une mort; en somme mortalité globale de 18,5 p. 100, alors que les meilleures statistiques de gastroentérostomies fournissent un contingent de 15 p. 100 de mortalité. Nous allons voir comment Maydl arrive à faire si souvent la jéjunostomie et la cause de ces résultats comparés à ceux de la jéjunostomie latérale.

Pour lui, et notre confrère Riche nous en a parlé dans son plaidoyer en faveur de la jéjunostomie, cette dernière ne doit plus être une opération faite *in extremis*, un pis aller parce que toute gastroentérostomie est impossible; elle doit constituer une intervention de choix et non de nécessité.

Voici ce que disait déjà Maydl dans son mémoire de 1898 et ce qu'il accentue encore dans celui de 1903.

« La jéjunostomie, par le nombre des cas auxquels elle peut s'appliquer, par la sécurité de la méthode, par la facilité d'exécution même sans anesthésie, par sa faible mortalité, par le bon fonctionnement de la fistule, par la durée de la survie, la garantie qu'elle donne contre la récidive et la sténose, doit être préférée à la gastroentérostomie et considérée comme l'opération palliative de choix quand il s'agit d'une sténose pylorique d'origine cancéreuse. »

Maydl, à notre avis, va un peu loin dans son enthousiasme pour la jéjunostomie, et je suis décidé pour mon compte, après ce que j'ai vu, à ne pas le suivre dans cette voie.

Voyons d'abord les reproches faits à la gastroentérostomie exécutée dans de bonnes conditions, celles où l'abouchement gastro-intestinal peut être pratiqué loin de la lésion cancéreuse sur un estomac dont le pylore est sténosé par la lésion même : 1° la fistule établie est dénuée de sphincter, l'estomac n'est plus un réservoir, mais simplement un lieu de passage continu des substances alimentaires introduites qui ne peuvent être digérées; 2° le jéjunum abouché et suturé à l'estomac peut devenir le siège d'un ulcère peptique du jéjunum; celui-ci peut se perforer et donner lieu à des hémorragies; un certain nombre de ces faits ont été communiqués au XXVI[e] Congrès des chirurgiens allemands par Braun, Hahn, Körte, Steinthal, Hadra, etc.

Ces objections ne sont pas sans valeur. Toutefois nous ferons observer que la première est peu importante, étant donné qu'on peut alimenter le malade d'une façon spéciale; n'est-il pas démontré d'ailleurs que l'on peut se passer complètement de l'estomac; de plus n'avons-nous pas, pour nous, de très nombreux faits où la gastroentérostomie a permis une survie très longue, sinon une guérison relative et définitive? Pour ce qui est de la seconde elle est peut-être moins importante dans le cas de cancer où il y a presque toujours une hypochlorhydrie manifeste, et, en tous cas,

les quelques faits d'ulcères peptiques par autodigestion jéjunale sont peu de chose en face des nombreux cas où cette lésion ne s'est pas produite. Ce qui domine tout, pour notre compte, dans l'établissement d'une fistule jéjunale, c'est la nécessité de s'alimenter jusqu'au bout par cette fistule, de la tenir ouverte, de ne donner au malade à aucun moment l'illusion de la guérison. Qu'on en arrive là par la nécessité, lorsque la gastroentérostomie est impossible, nous l'admettons; mais faire la jéjunostomie de parti pris, alors que la gastroentérostomie est possible, nous ne pouvons partager semblable opinion. Je dirai plus, la gastroentérostomie, fût-elle plus grave, eût-elle une mortalité plus grande que la jéjunostomie, je suis d'avis que celle-ci doit céder le pas à celle-là lorsqu'il s'agit d'un cancéreux condamné à une échéance plus ou moins éloignée, mais certaine. Ces réflexions me paraissent encore plus de mise depuis que j'ai pu suivre dans mon service le cas opéré par notre collègue Riche, et je resterai partisan de la gastroentérostomie contre le cancer, n'admettant la jéjunostomie que pour les cas où l'établissement d'une anastomose gastrojéjunale est très difficile, sinon impossible, dans ceux en particulier où tout est envahi sans qu'une extirpation totale puisse entrer en ligne de compte, dans ceux encore où le malade est dans un état de cachexie assez avancée pour qu'il faille courir au plus pressé et faire l'intervention la plus rapide, la plus bénigne.

Permettez-moi de vous rappeler à cet égard un cas de gastroentérostomie antérieure (procédé de Wœlfler) pratiquée chez une malade dont l'estomac atteint dans toute sa partie pylorique et sur une grande partie de sa face postérieure présentait outre cela un œdème tel de ses parois qu'on pouvait à peine en obtenir le plissement. Je fis la gastroentérostomie antérieure sur le grand cul-de-sac moins œdématié que le reste par le procédé de Wœlfler. La malade a parfaitement guéri et a survécu près de huit mois nous donnant pendant les premiers mois toute l'illusion d'une guérison. Tout récemment encore j'ai fait une gastroentérostomie postérieure sur un estomac difficilement attirable par suite d'adhérences du pylore cancéreux au foie. Elle a parfaitement réussi et la malade est en très bonne voie. Je considère que la jéjunostomie n'eût pas donné à nos opérés la satisfaction malheureusement temporaire d'une guérison.

Je veux bien, qu'après la jéjunostomie, le pylore puisse redevenir, pour un temps, moins imperméable par suite de la disparition des œdèmes et la cessation des contractures, de même que l'œsophage se laisse de nouveau franchir par les aliments après une gastrostomie; malheureusement cet état dure peu, il ne faut guère y compter. Il a été de très peu de durée dans le fait que

nous avons eu sous les yeux et cela ne me paraît pas constituer un gros argument en faveur de la jéjunostomie.

Je conclurai donc pour ce qui est du cancer de l'estomac avec sténose en disant que, si les lésions sont trop avancées pour contre-indiquer l'extirpation, la gastroentérostomie reste l'opération de choix, la jéjunostomie l'opération de nécessité à laquelle on aura recours sans hésitation en employant, toutes les fois que cela sera possible, le procédé en Y qui donne sans aucun doute les meilleurs résultats opératoires et thérapeutiques. Nous ne pouvons que nous associer à l'approbation de notre collègue Riche pour l'opération de Maydl.

Le Dr Riche n'a fait qu'effleurer dans son Mémoire un point très important du travail de Maydl qui n'hésite pas à conseiller la jéjunostomie dans les cas de gastrite ulcéreuse en activité, quitte à fermer la fistule une fois les symptômes amendés et disparus. Je suis plutôt de l'avis du chirurgien de Prague pour cette indication qu'en ce qui concerne le cancer. Mais je ne puis aborder cette question si intéressante et vous propose de voter des remerciements à M. Riche et de déposer son mémoire, dont l'observation est contenue tout au long dans mon rapport, dans nos archives.

Présentation de malade.

Tumeur du genou.

M. Schwartz. — Je viens demander l'opinion de mes collègues sur un diagnostic qui me paraît épineux. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans atteint d'une grosse tumeur du genou qui date de neuf ans. Le genou est bosselé par des tumeurs molles pseudo-fluctuantes; la rotule est séparée de la trochlée fémorale par une masse molle, et non liquide comme l'a démontré une ponction négative.

Le malade fait parfaitement fonctionner ses articulations; il marche bien, mais se fatigue au bout d'un certain temps.

Il a été atteint d'une ostéite du 1er métatarsien avec abcès froid qui a nécessité l'ablation de l'os.

Je pense à une lipomatose articulaire et péri-articulaire en rapport avec la tuberculose.

M. Pierre Delbet. — Je viens d'examiner rapidement le malade si intéressant de notre collègue Schwartz, et j'ai pu constater que la rotule est soulevée. Il y a donc une partie de la tumeur qui est intra-articulaire et, si l'on considère la situation des saillies

qui encadrent la rotule, on peut conclure, je crois, que son origine est articulaire.

Quelle est sa nature. Je n'ai jamais vu de cas où les lésions fussent aussi considérables qu'ici ; mais j'ai vu des cas analogues. Je crois qu'il s'agit là d'inflammations chroniques qu'on peut rapprocher des lipomes arborescents et qui ont peut-être des rapports avec la tuberculose.

Présentation de radiographie.

Extraction d'une balle siégeant sur la face interne de la 12e côte depuis dix ans.

M. Routier. — Je vous présente ce malade comme un nouveau succès du procédé de M. Contremoulin ; il est certain que sans le secours de son appareil je ne serais jamais arrivé à débarrasser ce malade de la balle qui le gênait cependant très fort.

Cet homme, en déchargeant un revolver, il y a dix ans, reçut à bout portant la décharge sous le 3e espace intercostal ; il eut des accidents qui bientôt s'amendèrent, mais il souffrait toujours en arrière.

Il est venu demander l'extraction de sa balle, je l'ai fait radiographier, ce qui donna comme vous pouvez le voir un résultat qui ne m'aurait pas suffisamment éclairé pour me permettre une intervention.

Mais grâce à son procédé de localisation, M. Contremoulin m'a permis d'enlever cette balle qui était enkystée et suspendue à la face interne de la 12e côte.

Elle était dans ce tissu cellulaire très lâche qui est en arrière de l'extrémité supérieure du rein.

J'ai dû opérer le malade placé sur le ventre, ce qui soit dit en passant ne gêne pas du tout pour le chloroforme, mais cette situation, quand on a fait l'incision, permet aux tissus de s'écarter du squelette. En somme, je conclus, que sans la tige directrice de Contremoulin jamais je n'aurais pu enlever la balle que je vous présente.

Aujourd'hui le malade cicatrisé ne souffre plus du tout.

Présentation de pièce.

M. Ch. Monod présente en son nom et en celui de M. Arrou un volumineux anévrisme de l'artère poplitée droite traité par

l'extirpation le 4 février dernier, dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, chez un homme de cinquante-neuf ans.

Histoire clinique (résumée) (1). — Les premiers symptômes accusés par le malade remontent au mois d'avril 1900; l'anévrisme ne fut cependant reconnu qu'en décembre 1901. Depuis lors, il n'a cessé de croître progressivement.

A l'entrée du malade à l'hôpital (15 janvier 1904) dans le service du Dr Vaquez qui a bien voulu nous le confier, la tumeur occupe tout le creux poplité dont elle dépasse largement les limites en haut et en bas. Elle mesure dans le sens vertical de 20 à 25 centimètres. La circonférence du membre au point culminant est de 50 centimètres.

Le pouls tibial est nettement perceptible au cou-de-pied. Il n'y a ni œdème ni troubles trophiques à la jambe non plus qu'au pied.

Le malade ne se plaint que de gêne de la marche et de douleurs habituelles, sourdes avec, parfois, des crises de souffrance nécessitant l'emploi de la morphine.

Localement on constate tous les signes classiques de l'anévrisme. A la partie supérieure de la tumeur on note de plus l'existence d'un thrill manifeste. A l'auscultation, double souffle très net.

A gauche, il existe aussi un anévrisme dans le creux poplité, beaucoup moins volumineux, gros comme une grosse mandarine.

Le malade est pâle; facies aortique. Son pouls a tous les caractères du pouls de l'artério-scléreux.

A l'auscultation du cœur, souffle râpeux à la base du premier temps, bruit clangoreux au deuxième temps.

Examen de la pièce fraîche. — L'anévrisme est fusiforme, les deux orifices de communication, avec l'artère fémorale en haut et le tronc tibio-péronier en bas, siégent aux pôles supérieur et inférieur de la tumeur.

Celle-ci a le volume d'une tête d'enfant.

Elle est bilobée dans sa moitié inférieure par suite de l'existence d'un sillon dû au nerf sciatique poplité interne qui en suivait exactement la face postérieure.

Supérieurement se trouve une seconde poche beaucoup plus petite, du volume d'une grosse noix, qui est comme surajoutée à la première; séparée de celle-ci par un sillon circulaire, elle communique cependant largement avec elle. La fémorale très dilatée, ayant au moins les dimensions d'un pouce d'adulte, s'ouvre à plein canal dans cette seconde poche. La section de cet orifice de communication est large; il est facilement reconnu sur la pièce.

(1) D'après l'observation prise par M. Diel, interne de service.

On a au contraire de la peine à retrouver le point du pôle inférieur de la tumeur où la poche se continuait avec l'artère principale de la jambe. Ce deuxième orifice ne dépasse pas en dimensions celles d'une artère normale.

Après séjour de quelques heures dans un liquide conservateur la tumeur mesure : longueur 16 centimètres ; largeur, 14 centimètres ; hauteur, 8 centimètres.

La veine poplitée est difficilement retrouvée à la face postérieure de l'anévrisme. Ses parois sont entièrement confondues avec le sac. Il aurait été impossible de la dégager au cours de l'opération sans la léser sérieusement.

Le sac a tous les caractères d'un sac anévrismal et contient des caillots mous en petite quantité et, accolés à sa surface interne, des caillots fibrineux formant une couche peu épaisse.

Réflexions. — M. Monod attire l'attention de ses collègues sur les points suivants :

1° L'*extrême simplicité de l'opération* tenant aux circonstances suivantes :

a) A la mise en place d'un tube élastique à la racine de la cuisse, permettant de bien voir ce que l'on fait (précaution d'ailleurs classique).

b) Au parti pris, avant l'intervention, de ne pas s'occuper de la veine qui, au contact d'une tumeur aussi volumineuse et datant d'aussi loin, devait être plus ou moins confondue avec les parois du sac et n'avoir plus aucune importance physiologique. L'examen donné plus haut de la pièce montre que ces prévisions étaient justes.

c) Au fait qu'il ne restait donc plus qu'à dégager les deux gros nerfs de la cuisse, ce qui se fit facilement à l'aide de la sonde cannelée, aidée par places du bistouri.

d) A la précaution prise, les nerfs disséqués et attirés en dehors, de suivre la paroi externe du sac au plus près, sans l'ouvrir, ce qui permît l'isolement facile de la tumeur en suivant un plan de clivage.

La fémorale, reconnue au pôle supérieur de la tumeur, fut liée. Le dégagement se poursuit alors de haut en bas, sans peine, jusque vers la moitié environ de la hauteur du sac. La même manœuvre étant faite au pôle inférieur, après incision des jumeaux et de l'anneau du soléaire dans lequel la tumeur se prolongeait, le dégagement put-être complété de bas en haut avec la même facilité. Ainsi fut achevée la libération entière de la tumeur.

2° Le *prompt et bon rétablissement de la circulation dans la jambe et le pied,* malgré la suppression de l'artère principale du

membre, sur une étendue de 20 centimètres au moins. Le sac ne mesurait à vrai dire sur la pièce, comme il a été dit plus haut, que 16 centimètres verticalement. Mais nous rappelons qu'il y avait une poche surajoutée à la principale, et que c'est au-dessus de cette dilatation supplémentaire que l'artère fémorale a été liée. La cavité laissée après l'extirpation de l'anévrisme s'étendait de haut en bas sur une longueur de 20 centimètres.

Malgré cela, nous n'avons pas eu un instant d'inquiétude au sujet du rétablissement de la circulation dans les parties sous-jacentes de la tumeur.

Les orteils, un peu moins chauds et moins colorés le lendemain de l'opération, avaient dès le surlendemain repris chaleur et coloration normales. Et cependant, non seulement, cela va sans dire, les articulaires, mais aussi la récurrente tibiale avaient dû être supprimées avec la tumeur. Par contre la grande anastomotique avait été conservée, l'anévrisme ne remontant pas jusqu'à l'anneau du troisième adducteur.

Nous pensons, que le rétablissement rapide du cours du sang est dû, dans le cas présent, à ce que la circulation collatérale était d'avance très largement établie.

Pour établir ce fait, il suffit, nous semble-t-il, de rappeler que, sur la pièce, on pouvait remarquer que l'orifice de sortie du sang était relativement étroit, tandis que les voies d'accès étaient considérablement élargies. Cet élargissement était tel que non seulement la fémorale, au point où elle a été liée, présentait les dimensions d'un pouce d'adulte, mais qu'au-dessous l'artère s'était dilatée davantage encore en formant une seconde poche anévrismale surajoutée à la première.

Il ne paraît pas douteux que cette dilatation de la fémorale — chez un artério-scléreux porteur d'une dilatation de l'aorte et d'un anévrisme poplité sur le membre opposé — due à la difficulté que le sang éprouvait à sortir du sac, devait s'étendre à toutes les branches artérielles situées au dessus de l'anévrisme. Il s'était ainsi établi d'avance une circulation supplémentaire à côté de la tumeur, devant assurer, après ablation de celle-ci et du tronçon nécessairement sacrifié de l'artère principale l'irrigation des parties sous-jacentes.

Nous nous bornons, pour l'instant à ces remarques, nous réservant de revenir sur ce cas lorsque notre malade sera complètement guéri, non seulement de l'intervention actuelle, mais de celle semblable qu'il doit subir pour la cure de l'anévrisme qu'il porte encore au creux poplité gauche.

M. Guinard. — Plus l'anévrisme est ancien, moins on a lieu de craindre la gangrène après l'intervention.

La ligature de la veine n'est pas pour la faire redouter, puisqu'on a systématiquement proposé cette ligature.

M. Pierre Delbet. — Il y a, dans ce cas, un point important : c'est que l'extrémité inférieure de l'anévrisme était au-dessus du tronc tibio-péronier.

Pour ce qui est de son volume, je ne veux pas m'étendre en de longues considérations. Je me borne à dire que je suis arrivé à cette formule : plus un anévrisme est volumineux, plus il y a de chances de gangrène lorsqu'on fait la ligature, moins il y en a lorsqu'on fait l'extirpation.

Présentation d'un cœur atteint, il y a deux ans, d'un coup de feu pénétrant du ventricule gauche et traité par la suture.

M. Launay présente un cœur atteint, il y a deux ans, d'un coup de feu pénétrant du ventricule gauche et traité par la suture. Le malade a succombé à une affection qui n'avait aucun rapport avec sa blessure. — Renvoyé à une Commission, dont M. Peyrot est nommé rapporteur.

Présentation d'appareil.

Suspensoir.

M. Bibard présente un nouveau modèle de suspensoir. — Renvoyé à une Commission, dont M. Guinard est nommé rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux ,imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Rieffel qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à une place vacante de membre titulaire.

3°. — Une lettre de M. Djemil Pacha qui remercie la Société de lui avoir conféré le titre de membre correspondant étranger.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Lejars. — Quelques erreurs se sont glissées dans ma communication sur l'Appendicalgie, à la dernière séance ; je demande à les rectifier : p. 162, ligne 16, au lieu de tumeur, il faut lire trouver ; ligne 30, au lieu de soudé, lire coudé ; ligne 37, au lieu d'extrêmement, lire entièrement ; p. 163, ligne 19, au lieu de Lannande, lire Lennander ; ligne 23, au lieu de Risth, lire Keith.

Extraction d'un corps étranger de la région postérieure de la jambe, après repérage par le procédé de M. Contremoulins.

M. Mignon. — Je vous demande la permission de prendre prétexte de la présentation du malade auquel M. Routier a extrait du thorax une balle repérée par M. Contremoulins, pour vous rapporter rapidement un autre cas d'extraction d'un projectile également repéré par M. Contremoulins.

Il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans qui avait reçu le 8 mars 1902 à la partie inférieure de la région postérieure de la jambe gauche un éclat de cartouche égarée dans un fourneau dont il avait la surveillance.

Le corps étranger n'était pas gros, ainsi que le montra la radiographie. Il représentait une lamelle métallique carrée de 3/10e de millimètre d'épaisseur sur 7 à 8 millimètres de côté. Il avait pénétré à un travers de doigt en arrière du tibia et à 5 centimètres au-dessus de la malléole interne et s'était arrêté dans les parties molles de la région postérieure de la jambe, non loin du milieu de la face postérieure du tibia.

Sa présence déterminait des douleurs lancinantes dans la jambe et une telle gêne de la marche que la réforme du service militaire s'était imposée.

Je vis le malade seize mois après l'accident. Il venait me demander d'essayer à nouveau d'enlever son corps étranger : il avait en effet subi déjà trois opérations, dont deux en province et une à Paris par un chirurgien très expérimenté.

J'étais fort hésitant : il portait deux longues cicatrices à la partie inférieure de la face interne de la jambe, et je ne me souciais ni de repasser par l'une d'elles puisque la voie qu'elle représentait n'avait pas été favorable, ni de faire une nouvelle incision.

J'en appelai à la compétence de M. Contremoulins qui m'avait déjà guidé trois fois dans la recherche des corps étrangers du rachis, du poumon et du crâne et je lui demandai de me repérer exactement la position de la lamelle métallique en prenant comme voie opératoire une des cicatrices de la jambe.

M. Contremoulins a employé un procédé de repérage aussi simple qu'efficace. Il a déterminé, à l'aide de la radioscopie, l'entrée et la sortie sur le membre de deux faisceaux perpendiculaires de rayons X passant par le corps étranger, et il a tatoué immédiatement les incidences sur la peau. Puis notre malade a été conduit à la salle d'opérations, endormi et désinfecté.

M. Contremoulins a fixé alors sur la jambe un compas spécial formé en partie de son compas d'opérations crâniennes, mais différant de celui-ci par sa forme et le support d'appui sur le membre. L'instrument ainsi placé et formant bloc avec le squelette, l'aiguille indicatrice fut orientée suivant un plan parallèle à la face postérieure du tibia.

Guidé à mon tour par cette aiguille, je cheminai entre le jambier postérieur et le fléchisseur commun des orteils et au bout de l'aiguille je sentis un noyau fibreux qui me parut être l'enveloppe kystique de la lamelle métallique. J'incisai le tissu fibreux et ramenai la lamelle.

Je ne saurais trop remercier M. Contremoulins de sa bienfaisante intervention en cette circonstance, d'autant que les phénomènes douloureux éprouvés par le malade et la gêne de la marche ont disparu depuis l'opération.

Discussion.

A propos de l'appendicalgie.

M. Potherat. — Je me garderai bien de renouveler la critique qui a été faite à profusion au mot d'*appendicalgie*, imaginé par mon ami Guinard. Le mot, sans doute, est assez peu euphonique; mais le plus grand reproche à faire à ce néologisme est très certainement de ne pas rendre exactement la pensée de son auteur, ainsi qu'il est possible de s'en convaincre en relisant son texte même.

D'ailleurs, Guinard ne paraît pas y tenir beaucoup, et, dans nos Bulletins, il le passe au second plan, derrière le titre principal de sa communication qui est : *Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire.*

Or, si j'ai bien compris le texte de la communication de Guinard, ce titre, plus long, ne résume pas encore très nettement la thèse qu'il s'est proposé de soutenir. S'il avait, en effet, voulu seulement nous montrer que dans l'étude des phénomènes douloureux dont l'abdomen est le siège, on a pu, nombre de fois, se tromper et rapporter à des affections différentes (hernies, fibromes, kystes, etc.) des douleurs qui avaient pour cause une appendicite, il se serait exposé à ce qu'on lui objectât que si l'appendicite, dans ces cas, a été méconnue, c'est peut-être parce que l'examen clinique n'a pas été suffisamment poussé à fond et, dans cet ordre d'idées, on pourrait multiplier les exemples analogues empruntés à d'autres chapitres de la pathologie. Le chirurgien qui méconnaîtrait l'indication fournie par des douleurs fixes, persistantes, localisées à la fosse iliaque droite, parce qu'il est hypnotisé par la présence d'un fibrome, d'une hernie, d'un kyste de l'ovaire, ferait preuve de la même insuffisance clinique que le médecin qui négligerait une douleur précordiale d'origine péricardique, chez un malade manifestement atteint d'un épanchement inflammatoire de la plèvre gauche. Guinard n'a certes pas voulu mettre à la charge de ses collègues un semblable reproche.

En vérité, il a fait une part considérable et excessive, à mon avis, à l'appendicite, dans les douleurs de l'abdomen et, s'il a montré, par des faits nombreux et bien choisis, qu'on s'était bien souvent trompé en méconnaissant des appendicites existantes, rien n'est plus facile, et les exemples seraient foule, que de lui opposer les cas où l'on a cru à une appendicite, où l'on est même intervenu, et où il n'y avait pas d'appendicite. Et cette opposition de faits réduirait à néant l'argumentation de mon ami Guinard. Ce procès,

Lejars le lui a fait, très courtoisement, mais sans appel, et il n'est point besoin de le reprendre après lui.

Pourtant, il m'a semblé que si Guinard a forcé la thèse qu'il soutient devant nous, on a, d'autre part, sans le vouloir assurément, outré ses conclusions afin de les combattre plus aisément. J'ai cru comprendre que notre collègue avait voulu nous montrer, nous rappeler plutôt, qu'il existe des appendicites réelles et certaines, c'est-à-dire des appendicites avec lésion évoluant d'une manière sourde, torpide, ne se traduisant en clinique par aucun de ces troubles saisissants ou de cet ensemble symptomatique qui conduit si facilement aujourd'hui au diagnostic d'appendicite, et n'ayant d'autre phénomène symptomatique que de la douleur en un point parfois assez distant de la ligne de Mac-Burney. Et ainsi le mot appendicalgie est la traduction fidèle du seul phénomène clinique de la maladie, abstraction faite des lésions qu'elle a entraînées. En un mot, il existerait des appendicites chroniques d'emblée, larvées, frustes ou *latentes*, poursuivant dans un silence presque complet leur évolution et susceptibles néanmoins d'aboutir à des troubles sérieux et même graves.

La question ainsi envisagée est sur un terrain solide, inattaquable et Guinard a eu raison d'appeler notre attention sur ces faits. Les cas qu'il nous cite justifient pleinement sa thèse, et, pour mon compte personnel, j'en pourrais apporter un assez grand nombre. Pour ne pas abuser des instants de la Société, j'en choisirai deux seulement qui me paraissent typiques et sur lesquels d'ailleurs tous les autres se modèlent.

Il y a quatre ans, un de mes amis m'envoyait un homme de quarante-trois ans qui, me disait-il, était considéré comme perdu par tous les médecins qui l'avaient vu et soigné. Cet homme présentait, en effet, l'habitus extérieur d'une cachexie avancée. Depuis plusieurs mois, il éprouvait des douleurs diffuses dans le ventre et surtout il vomissait à peu près tout ce qu'il ingérait sous forme d'aliments ou de boissons. Bien qu'on n'eût jamais senti de tumeur en aucun point de son ventre, l'opinion dominante de tous ceux qui l'avaient examiné, et quelques-uns étaient de qualité, était qu'il devait avoir quelque cancer du tube digestif ou de ses annexes.

Je fis entrer cet homme dans mon service de l'hôpital de Bon-Secours; je le fis examiner par les médecins de l'hôpital; ils furent d'avis, eux aussi, que quelque cancer était en évolution dans l'abdomen de cet homme. Pendant plusieurs jours j'examinai et réexaminai mon malade en tous points; je palpai surtout, avec une scrupuleuse attention, son estomac d'abord, que je trouvai plutôt rétracté, et son gros intestin, en partant du cæcum.

Nulle part je ne trouvai ni tumeur, ni induration. Pourtant, il me parut à tous mes examens, qu'au niveau du cœcum j'éveillais une douleur particulière, et qu'il y avait là quelque chose de résistant. Pourtant, cet homme n'avait rien eu pouvant rappeler une attaque d'appendicite. Néanmoins, je résolus d'intervenir et d'aller examiner d'abord le cæcum.

Or, Messieurs, je trouvai à la face antéro-externe du cæcum un cordon gros comme le petit doigt, faisant corps littéralement avec la paroi cæcale. L'ayant suivi, j'arrivai à l'origine des bandes musculaires du cæcum, et reconnus alors que c'était là l'appendice lui-même : je le sculptai littéralement, et non sans difficulté, dans la paroi de l'intestin, et je l'enlevai. Le résultat ne se fit pas attendre ; au bout de quelques jours, le malade ne vomissait plus, il prenait bientôt avec satisfaction tous les aliments quels qu'ils fussent et, au bout de six semaines, il avait retrouvé presque l'embonpoint qu'il avait avant de tomber malade. Bref, il guérit complètement et demeura guéri pendant près de trois ans, ainsi que j'eus l'occasion de m'en assurer. Au bout de ce temps, il s'en fut un jour voir un camarade malade ; celui-ci se trouvait atteint de variole noire, sans qu'on le sut encore ; il prit lui-même le mal et succomba en quelques jours.

Il n'est pas douteux que tous ces troubles digestifs, troubles des plus graves, étaient sous la dépendance de cet appendice chroniquement enflammé et dont l'inflammation était cependant assez silencieuse pour passer inaperçue de tous ceux qui l'avaient examiné. Je suis persuadé même que cet homme serait mort, si un heureux hasard, une sorte de flair, ne m'avaient conduit à lui réséquer l'appendice iléo-cæcal. J'ai rencontré plusieurs fois cette fusion de l'appendice avec la paroi cæcale, et presque toujours dans des cas d'*appendicite latente*.

Le second cas n'est pas moins typique que celui-là. Il s'agit ici d'une jeune femme de la campagne, âgée de vingt-huit ans, souffrant de douleurs localisées au bas-ventre, douleurs persistantes, peu vives, mais s'accompagnant d'une inappétence absolue et d'une rapide dénutrition.

Le médecin de province qui l'avait soignée, le confrère de Paris qui me l'envoyait, ayant constaté que les douleurs étaient plus vives à droite qu'à gauche, avaient porté le diagnostic un peu vague d'ovarite droite et me l'envoyaient pour que j'enlève les annexes du côté droit.

Or, ayant examiné cette malade, je trouvai un utérus de volume normal, parfaitement mobile et je ne pus trouver, ni à gauche, ni à droite, aucune tuméfaction, aucune grosseur, aucune induration, nul cordon, pouvant faire porter le diagnostic d'ovaro-salpingite.

Et pourtant, les douleurs qu'éprouvait la malade paraissaient bien indéniables; en tous cas, l'inappétence était absolue, et l'amaigrissement très accusé; le teint terreux, les yeux caves, témoignaient d'une cachexie manifeste. L'exploration de l'abdomen était tout à fait négative et ne révélait pas de lésion appréciable. La palpation de la fosse iliaque droite ne faisait éprouver aucune douleur et ne permettait de sentir rien d'anormal. Il était pourtant un point, où un palper méthodique réveillait toujours une douleur plus vive; ce point était sur le trajet du muscle grand droit du côté droit, à mi-chemin environ entre le pubis et l'ombilic. Jamais la malade n'avait présenté d'attaque rappelant la crise d'appendicite.

Guidé par le détail clinique que je viens de signaler, je résolus d'intervenir et je fis sur le trajet du muscle grand droit une incision verticale, et je pénétrai dans l'abdomen à travers ce muscle et sa gaîne. Le péritoine ouvert, je trouvai immédiatement une petite masse dure, étalée, siégeant derrière le grand épiploon, au devant de la masse intestinale. Ayant amené cette masse dans la plaie, et l'ayant un peu dégagée, je trouvai qu'elle était constituée, par l'extrémité, volumineuse, en massue, de l'appendice iléo-cæcal, entouré d'adhérences inflammatoires le rattachant à l'épiploon et à l'intestin. Je pus libérer cet appendice assez facilement et le réséquer. Les suites opératoires furent des plus simples, mais le résultat thérapeutique fut aussi remarquable que dans le cas précédent. Au bout de très peu de jours nous assistâmes à un retour de l'appétit; en quelques semaines la malade reprit des forces, de l'embonpoint, de la fraîcheur, et elle regagna au bout de moins d'un mois sa campagne, rajeunie de dix ans. Cette guérison s'est maintenue depuis; j'en ai eu la confirmation, il y a deux mois environ, et il y a plus de trois années que cette femme a été opérée.

A ces deux faits, j'en pourrais ajouter plusieurs autres, et j'ai encore dans mon service de Bon-Secours un jeune homme qui a présenté les mêmes lésions. Dans tous ces cas il s'agit, je le répète, d'appendicites évoluant sans crises, sans troubles symptomatiques nets, et pouvant aisément passer inaperçues pour le plus grand préjudice des malades, si l'on ne parvient à les dépister. Ce sont bien là des *appendicites latentes*. En appelant, avec une insistance peut-être trop grande, mais bien faite pour frapper les esprits qui ignorent ces faits, l'attention sur ces formes d'appendicites, Guinard a donc fait œuvre utile, et pour ma part, éclairé depuis longtemps par des faits nets et bien observés, je partage pleinement sa manière de voir sur ce point de l'histoire de l'appendicite.

M. Bazy. — Si j'ai bien compris la communication de mon ami Guinard sur l'appendicalgie, je pense qu'il a voulu surtout parler non de ces erreurs de diagnostic basées sur l'existence passagère et une fois constatée d'une douleur dans la fosse iliaque droite, mais de ces cas dans lesquels la persistance d'une douleur dans la région de la fosse iliaque ou les régions avoisinantes a pu faire croire à toute autre lésion qu'à une lésion appendiculaire.

Je ne chercherai pas à lui reprocher de ne nous avoir pas fourni d'arguments irréprochables en faveur de sa thèse pour tous les cas qu'il nous a cités, lui sachant gré d'avoir appelé l'attention sur ces faits et d'avoir suscité une discussion.

Je négligerai les cas où des salpingites droites ont été prises pour des appendicites. J'en pourrais citer. Je pourrais citer, moi aussi, un fait où, appelé dans une ville d'eaux de l'Est pour aller voir une jeune mariée en voyage de noces, je dus, sur l'avis des médecins qui la soignaient, emporter tout ce qu'il fallait pour opérer.

Aussitôt arrivé, je me trouvai en présence d'une hystérique qui avait de l'hyperesthésie de la fosse iliaque droite, dans laquelle je pus du reste enfoncer mon poing. Si bien qu'arrivé à quatre heures et demie, je repartais à sept heures pour rentrer à Paris. Voilà sept ans que cela a eu lieu et il n'a jamais été question d'appendicite pour elle.

Je pourrais citer le cas d'une hystérique dont l'histoire, quoique très curieuse, serait trop longue à rapporter. J'ai enlevé à cette malade l'appendice après une deuxième crise vérifiée par l'examen histologique. Elle entra ensuite dans un autre hôpital, se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque, y fut reçue d'urgence, et opérée également d'urgence par un interne qui, ne tenant pas compte de l'existence d'une cicatrice caractéristique, crut devoir passer outre. L'abdomen ouvert il fut bien surpris de ne pas trouver d'appendice sur le cæcum.

Mais ce n'est pas sur ces faits-là, qui ne paraissent pas rentrer dans la catégorie des faits signalés par M. Guinard, que je veux insister.

Je veux mettre en garde contre une erreur que j'ai vu commettre, et qui consiste à prendre pour une douleur d'appendicite la douleur que j'ai désignée sous le nom de *douleur paraombilicale* et qui est symptomatique de pyélite et de pyélo-néphrite.

Or, ce point paraombilical qui est situé à peu près sur la même ligne verticale que le point de Mac Burney est plus haut que lui, un peu plus, un peu moins suivant les sujets; mais il en est toujours nettement distinct : il est situé sur une *ligne horizontale* passant par l'ombilic et sur le bord externe du muscle grand

droit, tandis que le point de Mac Burney est situé sur une *ligne oblique* partant de l'ombilic.

Ce point est persistant; il peut être retrouvé dans des examens faits à des intervalles plus ou moins éloignés; il coexiste avec des douleurs spontanées tout comme dans les faits signalés par M. Guinard, et enfin il s'accompagne de troubles urinaires et d'émission d'urine trouble.

Ces derniers caractères suffisent à le faire reconnaître, et on y pensera d'autant plus facilement que, d'après mon expérience, le point de Mac Burney, quand il n'est pas à sa place normale, est retrouvé plutôt plus bas que plus haut que son siège habituel.

Sur la gastro-entérostomie.

M. Quénu. — Le rapport très étudié de notre collègue Schwartz m'engage à vous communiquer une observation de jéjunostomie; cette observation s'écarte de celles qui ont fait l'objet du rapport de Schwartz en ce sens qu'elle ne s'adressait pas à un cancer de l'estomac comme dans la plupart des cas de Maydl. Elle rentre, au contraire, dans cette série de faits auxquels faisait allusion notre collègue en terminant son rapport. Il s'agissait, en effet, d'une gastrite ulcéreuse en activité pour laquelle, en désespoir de cause, je résolus d'exclure l'estomac, et d'obtenir peut-être son atonie digestive en le soustrayant complètement à tout contact alimentaire. Mon malade n'est pas un inconnu pour la Société de Chirurgie je l'ai présenté le 19 février 1902, comme un bel exemple d'ulcère peptique; je rappelle en deux mots son histoire antérieure aux accidents pour lesquels j'ai fait ma dernière opération. (Voir *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 19 février 1902.) Sténose pylorique cicatricielle consécutive à un ulcère simple du pylore, dilatation énorme de l'estomac, gastro-entérostomie antérieure. Dix-huit mois après, quelques vomissements et régurgitations acides, pas de douleurs. En 1901, les douleurs apparaissent. En janvier 1902, j'observe une tumeur dure de la paroi abdominale et je refais une gastro-entérostomie antérieure, en Y, cette fois après avoir extirpé tout l'ulcère peptique qui se propageait jusque dans l'épaisseur de l'abdomen droit; je présentai le malade à la Société de Chirurgie le 19 février 1902.

Pendant six mois, les choses allèrent très bien, puis le malade recommença à souffrir, il entra à plusieurs reprises dans notre service; nous le montrâmes à M. Chauffard, après avoir fait faire l'analyse du suc gastrique qui demeurait hyperacide; on lui administra de la teinture de belladone, des gouttes noires (jusqu'à 20

par jour), du sous-nitrate de bismuth (10, 15 et 20 grammes par jour, etc.); inutile de dire que le régime lacté était maintenu dans toute sa rigueur.

Devant la persistance des douleurs, l'impossibilité de soulager le malade, son amaigrissement, je pensai qu'on pourrait peut-être améliorer sa situation en faisant l'exclusion complète de l'estomac; peut-être le pouvoir peptique du suc gastrique serait-il diminué par la suppression prolongée de tout contact alimentaire avec la muqueuse gastrique; je résolus donc de recourir à une jéjunostomie.

Donc troisième opération le 27 juin 1903.

Après avoir ouvert le ventre, nous rencontrâmes des adhérences intimes entre l'estomac et la paroi abdominale, un petit foyer suppuré siégeait même au centre de ces adhérences; nous mîmes plus de vingt minutes à libérer les anses d'intestin grêle agglutinées entre elles ou adhérentes à l'estomac.

L'intestin libéré et rejeté en bas, nous constatons qu'un ulcère a détruit partiellement l'anastomose jéjunogastrique, nous réséquons les bords de l'ulcère, le tissu calleux qui le limite, et nous reconstituons tant bien que mal l'anastomose jéjuno-gastrique. Puis, nous procédons à une jéjunostomie en Y. Le bout supérieur de l'intestin préalablement sectionné est anastomosé avec le bout inférieur à 10 ou 12 centimètres au-dessous de l'ouverture du bout inférieur. Ce bout inférieur est fixé à la plaie médiane; le mauvais état de la paroi, très cicatricielle, nous empêche de recourir à la technique que nous a décrite Schwartz (trajet sous-cutané d'une portion de l'anse jéjunale); nous réduisons l'ouverture intestinale au minimum.

Les jours qui suivent l'opération, malgré que le lait soit injecté à petites doses dans le bout intestinal, le malade présente de l'incontinence de sa bouche jéjunale. Cette incontinence porte à la fois sur les liquides introduits et sur la bile. L'incontinence est d'ailleurs intermittente. Le malade depuis quelques jours avale du liquide par la bouche.

La plaie cutanée est ulcérée, rouge, comme dans les cas de gastrostomie large.

L'état général s'améliore peu à peu; les douleurs ont disparu dès le jour de l'opération, le poids qui était de 46 kil. 850 est actuellement de 51 kil. 800, la bouche jéjunale est réduite mais pourrait encore admettre un crayon; on applique un petit tampon d'ouate, on saupoudre la plaie de carbonate de magnésie.

Dans quelle mesure cet échappement des sucs digestifs par la fistule a-t-il favorisé la guérison, je ne sais, se maintiendra-t-elle l'avenir nous l'apprendra.

Si j'avais à refaire une jéjunostomie dans des conditions analogues, je suivrais l'exemple de Maydl et placerais au moins 25 à 30 centimètres entre l'abouchement jéjuno-jéjunal et la bouche jéjuno-cutanée; de plus, en présence d'une paroi cicatricielle je pratiquerais une incision latérale spéciale pour la confection de la bouche jéjunale. Je fermerais soigneusement et complètement le bout jéjunal inférieur, puis, le lendemain, je ponctionnerais latéralement l'anse de manière à obtenir une bouche très petite comme celles que nous recherchons dans la gastrostomie; je pense au fond, que la petitesse extrême de l'ouverture intestinale est encore la meilleure condition de continence.

M. Tuffier. — L'observation analysée par M. Schwartz a remis au point la question; je crois que M. Riche ayant suivi Maydl, avait trop étendu les indications de la jéjunostomie en Y. Cette opération est inférieure à la gastro-entérostomie et elle ne reconnaît que des indications rares et spéciales. Voici une de ces indications.

Cancer de l'estomac avec envahissement du cardia, des deux faces de l'estomac et de la partie inférieure de l'œsophage. Duodénostomie insuffisante, jéjunostomie.

R..., âgée de cinquante-deux ans, entre dans le service le 4 novembre 1903. Sans aucun antécédent digne de remarque cette malade commença à s'affaiblir quatre mois avant son entrée, et fut prise brusquement chez elle d'une violente hématémèse. Elle rendit une très grande quantité de sang et fut prise d'une légère syncope. Il y eut également un mélæna très abondant. Le lendemain elle est très affaiblie; le surlendemain nouvelle mais moins abondante hématémèse, étouffement, syncope. Un médecin doit intervenir par l'ergotine de nouveau pour l'arrêter.

Pendant quinze jours consécutifs on la nourrit avec des lavements. Puis pendant quatre mois elle se nourrit légèrement sans manger ni pain ni viande. Après ce temps elle peut manger comme d'habitude. Elle remarqua pourtant que ses digestions étaient longues et pénibles; avec constipation opiniâtre, elle s'affaiblit et maigrit de plus en plus. Au mois de décembre dernier apparaissent les vomissements. Ils ont lieu aussitôt après avoir mangé. Elle ressent en avalant de très fortes douleurs épigastriques accompagnées d'une vive douleur interscapulaire. « Les aliments, dit-elle, passent souvent et elle vomit seulement des glaires. » En tout cas, quand elle rend les aliments, ils sont toujours expulsés dans les dix minutes qui suivent l'ingestion, les vomissements augmentent progressivement ainsi que les douleurs qui sont continues dans la région épigastrique, irradiées jusque dans les fosses iliaques, elles sont toujours exagérées pendant l'ingestion des aliments. L'amaigrissement est très prononcé, elle aurait perdu quarante livres depuis

janvier. Ses règles sont moins abondantes, elles ont même cessé depuis le mois de juin.

Examen. — Inspection, rien. Le ventre est très légèrement ballonné depuis quelque temps. Peau jaunâtre. Peau sèche. On réveille de la douleur dans la région épigastrique un peu en dehors de la ligne médiane sous les fausses côtes.

Par la *palpation* plus profonde on trouve une tumeur du volume du poing un peu bosselée, douloureuse à la pression. Elle semble s'étendre :

En bas, à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. En dehors, à quatre travers de doigt de la ligne médiane. En dedans, elle ne semble pas dépasser la ligne médiane. En haut, elle paraît empiéter un peu sous les fausses côtes. Un peu de submatité légère à ce niveau.

Pas de ganglions. On remarque dans la région du pli de l'aine un petit lipome herniaire.

A l'exploration de l'œsophage on était arrêté au niveau du cardia que les petites olives de la filière charrière ne peuvent traverser.

Opération le 9 mai 1903. Chloroforme. Laparotomie. — Je trouve la petite courbure, le cardia, la terminaison de l'œsophage envahis par un néoplasme. Les deux faces de l'estomac sont également infiltrées, on ne peut pas faire une bonne gastrostomie. J'amène le pylore et le duodénum particulièrement mobile à la partie supérieure de l'incision médiane, et sur la face postérieure et supérieure de l'angle de la première et de la seconde portion du duodénum, je fais une fistule; je tords l'orifice muqueux à la Gersuny. Cet orifice est d'ailleurs aussi petit que possible.

La malade est nourrie par une sonde introduite dans le duodénum, mais l'introduction du lait est assez difficile, elle ne peut avoir lieu que par 50 à 60 grammes à chaque prise. La malade ne s'alimente que très peu; il s'écoule par la fistule de la bile et un suc grisâtre très irritant pour la peau, si bien que l'affaiblissement progresse Une nouvelle intervention est décidée qui ne peut être qu'une jéjunostomie en Y.

Deuxième opération : 16 novembre 1903. — Laparotomie au niveau de la première cicatrice dans le voisinage de la bouche; je décolle la fistule duodénale et la ferme. Les adhérences autour sont larges et parfaites. J'éviscère la première anse grêle. Après avoir calculé la distance nécessaire pour l'amener à la *partie supérieure de l'incision cutanée*, je la sectionne; j'amène le bout distal que je suture en haut de la plaie, puis le bout proximal est fixé par implantation latérale sur le segment distal à 15 centimètres de l'orifice de la peau.

Le lendemain, le pouls, un peu faible, est à 120. La langue est bonne, l'abdomen souple et plat.

Ici se greffe un incident. Le lendemain de l'opération la malade étant très affaiblie, une de ses voisines de salle lui dit qu'elle allait succomber, elle voulut alors quitter l'hôpital et, malgré tout ce qu'on put faire et dire, sa famille l'emmena. Elle dut faire environ 3 kilomètres en voiture. Quand j'appris le lendemain ce départ je ne doutais pas que la malade n'eût succombé! J'envoyai par acquit de conscience ma surveillante voir ce qui s'était passé et on m'apprit à ma grande surprise

que mon opérée était bien. J'allai la voir et je la trouvai au 5e étage d'une vieille maison de la rue du Temple, dans une véritable soupente où on ne pouvait se tenir debout et où on avait été obligé de la monter simplement assise sur une chaise. Son médecin qui n'avait pas vu l'opération était fort embarrassé pour la nourrir. Je lui montrai à alimenter la malade par la sonde, mais on ne put lui donner que de très faibles quantités d'eau et de lait, environ toutes les demi-heures, car, dès qu'on injectait plus de cent grammes de liquide, elle était prise d'angoisse et d'anxiété avec dyspnée fort pénible. La fistule était continente et tout alla assez bien jusqu'au commencement de décembre; la malade fut prise alors de nouvelles hémorragies œsophagiennes et succomba.

Je considère la jéjunostomie comme une opération d'exception applicable à des cas très rares analogues à celui que je vous ai présenté où ni gastrostomie ni gastro-entérostomie ne sont possibles et je crois cette impossibilité tout à fait rare et exceptionnelle. Dans tous les autres cas je crois ces deux opérations infiniment supérieures à la jéjunostomie dont vraiment les résultats fonctionnels ne sont pas brillants.

M. Hartmann. — Le très intéressant rapport que nous a lu dans la dernière séance notre collègue Schwartz soulève un certain nombre de points sur lesquels je vous demande la permission de dire quelques mots.

Au point de vue *historique* je rappellerai que non seulement Maydl avait pratiqué dès 1891 la jéjunostomie en Y, mais que, dans son travail, il avait déjà théoriquement proposé d'appliquer ce procédé en Y à la gastro-entérostomie, ce qu'avait de même proposé, théoriquement aussi, et dès 1883, Wölfler. Ce sont là choses que nous avons exposées, M. Terrier et moi, dans notre *Chirurgie de l'estomac* (1). Roux, ensuite, est venu et a mis en pratique ce procédé de gastro-entérostomie qu'il a exécuté, décrit et vulgarisé.

Il est regrettable que M. Riche n'ait pas eu connaissance des travaux de Maydl et de ses élèves. Comme le fait très justement remarquer notre collègue Schwartz, il eût mis à profit les observations antérieures et eût suivi une *technique* meilleure. En particulier il eût fait l'anastomose plus loin de la bouche, il eût coudé l'intestin sous un pont cutané et il eût suivi le principe posé par ceux qui ont pratiqué un certain nombre de jéjunostomies : n'injecter que peu de liquide à la fois (2). Il eût peut-être ainsi obtenu une continence parfaite au lieu d'une continence relative.

(1) Terrier et Hartmann. *Chirurgie de l'estomac*. Paris, 1899, p. 134.

(2) Cackovic. Ueber totale Verkleinerung (Schrumpfung) des Magens und über Jéjunostomie, *Arch. f. klin Chir.*, 1902, t. LXV, p. 409.

Son observation, en tous cas, est intéressante à analyser; elle montre que, même avec une jéjunostomie en Y, on peut avoir du reflux.

Aussi je me demande s'il est bien nécessaire d'avoir recours à ces procédés complexes d'abouchement et si ces Y sont bien utiles. L'Y seul ne donne pas la continence, c'est un fait qui résulte non seulement de la lecture de l'observation de Riche et de celle que vient de nous communiquer M. Quénu, mais encore de celle des opérations de Maydl, qui, pour éviter ce reflux, coude l'intestin et même, cette coudure étant encore insuffisante, applique sur la peau, au niveau de la coudure, un tampon ou une pelote destinés à effacer la lumière de l'intestin.

En somme, nous retrouvons ici tous les inconvénients de l'écoulement du contenu digestif qui ont fait autrefois l'objet de nombreuses modifications opératoires de la gastrostomie. Ici, comme pour la gastrostomie, nous croyons que le point le plus important est la petitesse de l'orifice. Avec un orifice petit et une simple jéjunostomie latérale on aura une continence peut-être plus parfaite qu'avec les procédés complexes en Y.

La durée de la survie, plus grande chez les opérés de Maydl que chez ceux des autres chirurgiens, n'indique pas que son procédé soit supérieur ; elle découle simplement de ce fait que Maydl, partisan convaincu de la jéjunostomie, la pratique de bonne heure, sur des malades plus résistants.

Je relèverai encore dans l'observation de M. Riche que son opéré a eu pendant les premiers temps un écoulement de bile abondant, ce qui m'amène à me demander si une fistule plus haut située, sur la première portion du duodénum, bien au-dessus du point où s'ouvrent les voies biliaires, n'eût pas été préférable.

Dans le premier volume de mes *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, à propos d'une observation personnelle, j'ai réuni les diverses observations de duodénostomie publiées, et suis arrivé à cette conviction que la duodénostomie, toutes les fois qu'elle est praticable, et elle l'est dans le plus grand nombre des cas, semble supérieure à la jéjunostomie (1).

Je m'arrête maintenant à la question des *indications opératoires.*

Maydl, défenseur de la jéjunostomie a trop cherché à en étendre les indications. Dans ce but il adresse à la gastro-entérostomie des reproches injustifiés lorsqu'il écrit :

1° Après la gastro-entérostomie, l'estomac n'est plus un réservoir, mais simplement un lieu de passage continu des substances alimentaires introduites qui ne peuvent être digérées.

(1) Hartmann. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique.* Paris, 1903, p. 351.

2° Le jéjunum abouché peut devenir le siège d'un ulcère peptique.

M. Schwartz trouve que ces objections ne sont pas sans valeur. Il fait cependant observer que la première est peu importante, étant donné qu'on peut alimenter le malade d'une façon spéciale et que l'ulcère peptique est une rareté.

Je crois qu'on peut être plus catégorique qu'il ne l'a été.

1° L'estomac, après la gastro-entérostomie, fonctionne comme un réservoir, contrairement à ce qu'il suppose. J'ai bien souvent insufflé des estomacs après la gastro-entérostomie et l'on trouvera dans mes *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* (p. 232) une série d'observations, faites par mon collègue en médecine Soupault, et donnant le résultat de la digestion gastrique chez les malades gastro-entérostomisés, ingestion de repas d'épreuve, extraction au bout d'une heure et d'une heure et demie du repas digéré, etc.

L'estomac n'est donc pas un simple lieu de passage.

2° Sur 131 gastro-entérostomies je n'ai pas vu un seul cas d'ulcère peptique.

Comme conclusion, et d'une manière plus catégorique que M. Schwartz, je n'attribue aucune valeur aux objections de Maydl.

C'est dire que je m'associe aux conclusions de M. Schwartz lorsqu'il considère, dans les sténoses cancéreuses du pylore, la gastro-entérostomie comme l'opération de choix. La jéjunostomie, ou mieux la duodénostomie, ne nous semble indiquée que comme opération de nécessité dans les cas où la gastro-entérostomie est impossible, par suite de l'existence d'une infiltration cancéreuse de tout l'estomac.

La fistulisation de l'intestin nous semble de même indiquée dans le cancer de l'estomac étendu aux deux faces et inextirpables lorsque l'intolérance gastrique est absolue; elle l'est aussi dans les sténoses du pylore consécutives aux brûlures lorsque la gastro-entérostomie est contre-indiquée par suite de l'existence de sténoses concomitantes de l'œsophage, de lésions ulcéreuses graves de la paroi stomacale ou d'une rétraction cicatricielle générale de l'organe. Peut-être est-elle susceptible de rendre aussi des services dans certaines formes d'ulcère avec symptômes graves, rebelles à nos traitements habituels, comme M. Quénu vient de nous en rapporter un cas.

Rapport.

Sur une observation *d'extraction d'un corps étranger des bronches*, par M. HENRI MEUNIER (de Pau).

Rapport par M. RICARD.

J'ai à vous faire un rapport sur une très intéressante observation qui nous a été communiquée par M. le Dr Henri Meunier (de Pau). Cette observation a trait à un corps étranger des bronches, et son étude, pleine d'enseignements, nous permet d'envisager sous un jour plus rassurant la thérapeutique des corps étrangers des voies aériennes.

Jusqu'ici, en effet, le traitement de ces corps étrangers ne donnait que des résultats désespérants. Lorsqu'un corps étranger s'était enclavé dans l'une des ramifications de l'arbre bronchique, qu'il avait résisté, ce qui était la règle, aux quintes de toux spontanées ou provoquées, aux différentes manœuvres de percussion thoracique, de suspension du malade la tête en bas, il ne restait guère que deux méthodes de traitement : l'expectation pure et simple avec ou sans trachéotomie, ou la bronchotomie.

Or, les corps étrangers abandonnés dans les bronches donnent une mortalité de 56 p. 100 d'après Bourdillat; mais si l'on pratique la trachéotomie, la mortalité tomberait à 30 p. 100. Pour remédier à cette mortalité excessive, des chirurgiens plus hardis ont tenté la bronchotomie transmédiastinale. Nos collègues se souviennent peut-être encore de l'observation que je leur communiquai au sujet d'une femme dont la canule était tombée dans la bronche droite. Malgré une très large intervention, ma tentative fut infructueuse et ma malade succomba.

Cette communication fut suivie d'une discussion sur les mérites comparés de la bronchotomie transmédiastinale antérieure et de la bronchotomie transmédiastinale postérieure que préconisaient certains de nos collègues, et Quénu en particulier. Des recherches anatomiques nouvelles m'ont démontré que la voie postérieure était moins périlleuse et plus directe lorsqu'il s'agissait d'aborder la bronche droite. Quant à la bronche gauche, elle restait complètement en dehors de notre champ d'action.

Cette discussion risque d'ailleurs de rester stérile, car les bronchotomies transmédiastinales paraissent avoir définitivement vécu, et il devient hors de propos de discuter leurs mérites, ou plutôt leurs inconvénients comparés. Car, si l'on en croit notre collègue Lermoyez, les quelques observations publiées donnent une mortalité de 100 p. 100. Nous sommes heureusement aujourd'hui

en possession de moyens d'extraction directe, d'une simplicité et d'une bénignité qui leur font laisser bien loin derrière eux tous les procédés sanglants que nous pouvons avoir à notre disposition.

Mais permettez-moi de résumer d'abord l'observation de notre confrère le Dr Henri Meunier, et d'exposer ensuite les moyens nouveaux d'extraction qui nous sont proposés :

Le 13 février de l'année dernière, un jeune garçon de trois ans et demi jouait près de son père qui clouait des tapis. Il est pris subitement d'une quinte violente de toux, et dit qu'il vient d'avaler un clou. Un médecin, consulté immédiatement, croit, devant l'apaisement des symptômes, devoir rassurer la famille. Mais trois jours après, grand frisson, fièvre, toux impérieuse. On croit à une infection grippale. Je passe rapidement sur les symptômes de cette période, qui firent croire tour à tour à différentes localisations pleurale ou pulmonaire. Bref, le 18 mars, plus d'un mois après le début, le petit malade est transporté à Pau avec le diagnostic de bronchopneumonie peut-être bacillaire.

Le Dr Henri Meunier, qui examina l'enfant, et nous donne minutieusement tous les signes qu'il a pu rassembler, est frappé de l'anxiété respiratoire, et de son exagération à la suite des différentes manœuvres de l'examen. L'auscultation lui fait découvrir un foyer de bronchopneumonie gauche correspondant à la fosse sous-épineuse, c'est-à-dire au hile pulmonaire. Le bruit respiratoire est à peine perceptible dans tout le poumon gauche. L'hypothèse d'un corps étranger lui paraît devoir être prise en considération, et cette opinion s'accentue lorsque, les jours suivants, il constate une grande variabilité dans les signes stéthoscopiques, ainsi que dans les symptômes généraux ; aussi réclame-t-il l'examen radioscopique.

Cette radioscopie est pratiquée le2 3 mars ; elle ne donne rien de bien net. L'épreuve tirée d'après le cliché montre cependant une tache sombre à la partie la plus interne du sixième espace intercostal ; cette tache, allongée suivant le sens de la bronche, empiète sur le rachis ; elle paraît effilée en haut et plus large en bas. Elle donne bien l'impression d'un clou dont la pointe se dresse en haut. Les mensurations démontrent qu'il est situé dans la bronche gauche.

Le Dr Henri Meunier demande alors l'assistance et la collabotion de son confrère Diriart, à la clinique chirurgicale duquel l'enfant est transporté.

Les dix jours qui suivent sont consacrés à la fabrication d'un électro-aimant spécial pouvant être introduit dans les bronches, ainsi qu'à la fabrication d'une pince que je vous présente, et que M. Henri Meunier a fait construire, d'après ses indications.

par M. Mathieu (de Paris). Cette pince est à double charnière, elle présente une coudure supérieure ramenant en avant les tiges des anneaux, et une déviation courbe des mors établie dans un plan perpendiculaire à celui des anneaux et dirigée à gauche. La longueur de la tige médiane entre les deux charnières est de 9 centimètres, les mors ont 2 cent. 1/2.

Pendant ce temps, M. Meunier apprend qu'à Lyon, M. Garel a pu extraire un clou d'une bronche grâce à un électro-aimant; il se procure cet électro-aimant.

C'est dans ces conditions que le 6 avril — après anesthésie — M. Diriart pratique la trachéotomie. Disons de suite que l'introduction successive des différents électro-aimants et de la pince ne donnent aucun résultat. L'asphyxie menaçante fait reporter l'enfant dans son lit.

Après quarante-huit heures de repos, une nouvelle radiographie plus exacte démontre, corrections faites, que le clou est à 88 millimètres de la plaie trachéale, que les électro-aimants sont trop courts et que la pince n'avait pas été enfoncée assez profondément.

Le 9 avril, après anesthésie, la pince ramène à la deuxième prise un clou long de 15 millimètres, dont elle avait saisi la pointe sur une étendue de 4 millimètres.

Ce clou, légèrement oxydé, avait séjourné cinquante-sept jours dans la bronche gauche. Il est inutile de dire que les suites furent rapidement bonnes et qu'à la fin d'avril l'enfant regagna Biarritz en parfaite santé.

Cette observation comporte un double enseignement curieux au point de vue du diagnostic; elle nous intéresse plus directement pour ce qui touche à la thérapeutique.

Le diagnostic préliminaire étant surtout d'ordre médical, je n'y insisterai pas, je ferai seulement remarquer avec le Dr H. Meunier que le corps étranger peut être plus que soupçonné par l'existence des signes suivants :

1° Le délai qui s'écoule entre la notion de l'accident et l'apparition des phénomènes bronchopneumoniques;

2° L'évolution essentiellement irrégulière et capricieuse de la pneumonie;

3° Les crises spasmodiques exagérées et provoquées presque à volonté par le mouvement, l'agitation, les différentes manœuvres d'examen, etc.

4° Les caractères quinteux et asphyxiques de la toux; 5° La conservation de l'appétit, la reprise de la gaîté après les crises, le maintien relatif de la santé générale.

J'insisterai d'autant moins sur le détail de ces signes que l'exa-

men direct lève tous les doutes et met fin à toutes les hypothèses. Cet examen peut être fait par la radioscopie ou plus directement encore par la bronchoscopie.

La radioscopie est encore la méthode la plus répandue; elle est à la portée de tous. Elle doit se compléter par l'épreuve radiographique. C'est par elle qu'il faut commencer, mais elle risque parfois d'être insuffisante s'il s'agit d'un corps étranger de densité faible, comme un noyau de fruit, une graine, une parcelle osseuse.

Dans ce cas, il faut avoir recours à la bronchoscopie directe.

Le bronchoscope a été récemment découvert en Allemagne par Killian. Il a été tout dernièrement utilisé par M. Guisez l'assistant de M. Lermoyez dans un cas absolument superposable à celui que nous rapportons.

Il ne nous appartient pas de faire ici la description de cet appareil dont le maniement demande des connaissances spéciales et une expérience particulière. Mais grâce à lui, le médecin peut voir — non pas l'ombre portée du corps étranger, — mais bien ce corps lui-même. « Ce bronchoscope, dit notre collègue Lermoyez, dans une communication récente à la Société médicale des Hôpitaux, peut s'engager dans les différentes ramifications des bronches, malgré les angles de leurs bifurcations; c'est une chose qui semble *a priori* irréalisable : la pratique en montre cependant la réalisation facile, grâce à l'élasticité du poumon, qui se prête très complaisamment au redressement en ligne droite de tout l'arbre bronchique. »

Je n'insiste sur ces procédés de diagnostic que parce qu'ils nous mènent directement à la technique de l'extraction.

Le bronchoscope est certainement l'instrument de l'avenir et, si nous en croyons M. Lermoyez, il aura l'avenir du laryngoscope. Mais il restera longtemps encore l'apanage de quelques-uns, spécialement exercés à sa manœuvre. C'est pourquoi jusqu'à ce que son emploi se généralise, la radioscopie ne perdra pas tous ses droits et sera quelque temps encore un adjuvant précieux non seulement pour le diagnostic, mais pour l'extraction des corps étrangers.

Si la radioscopie permet de voir nettement le corps étranger, peut être même, comme le proposait notre collègue Tuffier, pourrait-on sous la radioscopie faire manœuvrer la pince vers l'image du corps étranger. Mais souvent ce corps est petit, peu visible à l'image encore tremblottante du radioscope, et les quintes de toux, les soubresauts du malade ne permettront guère de mener de front l'examen radioscopique et l'extraction. Le plus souvent il faudra procéder comme l'a fait le D[r] Meunier, c'est-à-dire établir des mensurations précises d'après l'examen radiographique et,

d'après ces données, la trachéotomie faite, entraîner le corps étranger soit à l'aide de l'électro-aimant comme Garel et Lermoyez l'on fait, soit à la pince comme l'a fait le Dr Meunier.

Il est bien entendu que cette extraction sera moins précise, moins idéale que celle qui pourra être faite sous le contrôle du bronchoscope, mais à défaut de cet instrument, à défaut d'un opérateur suffisamment exercé à son maniement, la méthode utilisée par le Dr Meunier sera celle qui pourra être employée avec succès par la plupart des praticiens.

Je propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans les archives.

M. Quénu. — L'instrument dont vient de parler M. Ricard n'est qu'un rectoscope de dimensions réduites; j'ai été frappé, lorsque M. Guisez nous en a montré le maniement, de la tolérance du malade et de la facilité avec laquelle on pouvait explorer et découvrir la bifurcation des bronches.

Communication.

Sur le traitement de l'hypospadias balanique et pénien, par M. Villemin, chirurgien des hôpitaux. — Renvoyé à une Commission dont M. Félizet est nommé rapporteur.

Présentation de malade.

Tumeur brachiale.

M. Monod présente un malade qui, en juillet 1902, est tombé dans une vitre et s'est fait une coupure par éclat de verre au pli du coude.

La plaie a été vite guérie. Mais il reste des douleurs s'étendant à toute la face interne du membre, et depuis un an est apparue une tumeur vers la partie moyenne du bras, au devant du biceps et en connexion avec lui. Elle a toutes les apparences d'une tumeur par rupture musculaire ce qui, étant données les circonstances du cas, ne semble pas admissible. Il demande à ses collègues leur avis sur ce malade.

M. Pozzi. — La radioscopie a-t-elle été pratiquée chez ce malade? A la suite d'un accident de chasse, j'ai observé une lésion analogue ; la radioscopie a permis de reconnaître un corps étranger.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — J'ai observé une tuméfaction semblable à celle du malade de M. Monod, sur le mollet d'un enfant. La radiographie a montré qu'elle était liée à la présence d'un corps étranger, fragment de verre. Dans des cas semblables la radiographie est donc à pratiquer avant tout.

M. MONOD. — Elle a été négative chez mon malade.

Présentation de pièce.

Tumeur fibreuse de l'utérus.

M. MONOD présente une tumeur fibreuse de l'utérus enlevée par voie abdominale, qui présentait cette particularité de s'être développée tout entière aux dépens de la lèvre postérieure du col seule. Enclavée dans le petit bassin, elle laissait au-dessus d'elle le corps utérin intact.

M. Monod attire l'attention sur les difficultés d'ablation résultant de cette situation du fibrome et demande à ses collègues, partisans de la voie vaginale, s'ils pensent que l'opération aurait été plus facile par cette voie.

M. SCHWARTZ. — J'ai opéré il y a quatre mois un énorme fibrome du col (lèvre postérieure) enclavé dans le petit bassin, avec fibrome du corps nécessitant une hystérectomie abdominale totale. Dans ce cas je n'ai pas songé un instant à la voie vaginale, mais bien à la laparotomie qui a permis l'ablation de toutes les tumeurs.

M. ROUTIER. — Il me semble qu'on aurait pu par une incision de la lèvre postérieure de cet utérus cueillir le fibrome et laisser en place utérus et anneau.

J'ai bien enlevé non une tumeur semblable, mais une masse six ou huit fois plus grosse, et outre le fibrome très inférieur comme ici, il y avait un fibrome utérin; c'est ce qui m'a fait choisir la voie abdominale.

M. POZZI. — Je crois qu'on aurait pu faire dans ce cas presque aussi facilement l'hystérectomie vaginale, avec morcellement, que l'hystérectomie abdominale. Mais quelle que fût la voie choisie il eût été bon d'essayer d'abord d'énucléer le corps fibreux de la lèvre postérieure du col, ce qui, me semble-t-il, eût été possible. Cette opération conservatrice aurait été très préférable si la femme n'a pas atteint la ménopause.

M. POTHERAT. — M. Monod nous demande ce que les partisans

de la voie vaginale pensent d'un cas semblable. Je demande la permission de lui répondre que, par la voie vaginale, l'opération eût certainement été très facile et très rapide, soit qu'on enlevât l'utérus en entier, soit qu'on enlevât seulement le fibrome lui-même par la méthode bicervico-transverse de mon maître M. Segond. En cas semblable, la discussion pour moi n'est pas de mise entre la voie vaginale et la voie abdominale; la voie vaginale s'impose.

Dans un cas absolument analogue, où un fibrome du volume d'une grosse orange s'était développé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col, et faisait une saillie très nette dans le cul-de-sac postérieur, je fis sur cette saillie, au niveau du cul-de-sac, une incision transversale; je traversai environ un demi-centimètre de paroi utérine; le fibrome m'apparut nettement; j'implantai sur lui une pince de Museux et l'énucléation se fit facilement. Celle-ci effectuée, je mis 4 points de suture au catgut sur la brèche vagino-utérine que j'avais pratiquée, et je fermai celle-ci : il n'y eut aucune suite fâcheuse; il y a maintenant huit mois que la malade est opérée ; les accidents hémorragiques graves qu'elle présentait ont absolument cessé et jusqu'ici tout va bien. Il y a donc des modes variés d'aborder ces fibromes bas situés, en empruntant toujours la voie la plus courte, la meilleure, qui est la voie vaginale.

M. Segond. — Dans 12 cas au moins, j'ai enlevé par le vagin avec ou sans hystérectomie complémentaire des fibromes ainsi placés, de semblable dimension ou même beaucoup plus gros. C'est dire que dans les cas semblables à celui de M. Monod, j'estime qu'il y a toujours grand avantage à opérer par le vagin.

M. Pierre Delbet. — J'ai enlevé par une simple incision vaginale un fibrome de même siège que celui-ci, mais notablement plus volumineux et j'ai respecté l'utérus. La malade désirait vivement avoir des enfants : mais malgré son désir, malgré la conservation de l'utérus, malgré sa santé qui est restée parfaite, elle n'est pas devenue enceinte. L'opération remonte à cinq ou six ans.

Je demanderai à M. Segond si les malades qu'il a opérées de cette façon ont eu des enfants.

Énorme lipomatose péri et intra-articulaire du genou.

M. Schwartz. — Je vous ai présenté, il y a huit jours, un malade de dix-huit ans atteint d'une grosse tumeur du genou s'étendant surtout dans le creux poplité, entourant d'après la

radiographie le fémur en dedans, donnant lieu à une fluctuation fausse du genou, avec écartement de la rotule du fémur.

J'avais porté le diagnostic de lipome intra et extra-articulaire, demandant à mes collègues leur opinion.

Je l'ai opéré il y a quatre jours. Il s'agissait en effet, comme vous pouvez le constater, de lipomes multiples péri-articulaires avec une masse lipomateuse dans l'articulation sans épanchement de liquide.

Les masses pèsent ensemble 1 kilog. 500.

L'insertion principale de la masse se faisait au niveau de la partie postérieure du condyle externe du fémur à la limite de la capsule. La masse intra-articulaire provenait de l'énorme tumeur poplitée envoyant des prolongements en avant et en dehors, pénétrant dans la jointure en refoulant la synoviale de dehors en dedans et s'appliquant entre la rotule et la trochlée fémorale.

J'ai fait inoculer de la substance de ce lipome, pour me fixer sur ses rapports avec la tuberculose. Il sera examiné aussi à ce point de vue au microscope. L'observation sera plus tard publiée complètement.

Présentation de radiographie.

Fracture de la rotule gauche suturée anciennement (5 *octobre* 1900) *avec trois gros fils d'argent encerclant une série de cinq fragments sous une peau très altérée. Malade revu le* 17 *février* 1904 (*trois ans et quatre mois*). *Solidité parfaite de la rotule, fragment de fil d'argent perdu en arrière de l'articulation sans inconvénient.*

M. J. Lucas-Championnière. — L'histoire du blessé dont je vous présente les radiographies est intéressante à plusieurs égards. L'examen actuel me permet de vous donner le commencement et la fin de l'observation.

Le 5 octobre 1900, on apportait à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, un homme de quarante-trois ans qui venait d'être précipité, avec un échafaudage volant, d'un premier étage. Plaie du sourcil gauche et un peu de stupeur qui s'est accentuée dans les jours suivants et nous fit admettre, après un peu d'écoulement de sang par l'oreille gauche et une surdité passagère, qu'il avait eu probablement une fracture de la base du crâne.

Fracture de l'humérus gauche à la partie moyenne.

Fracture de la rotule gauche complètement écrasée, avec épanchement intra-articulaire énorme déjà une heure environ après

l'accident. Peau contuse au-devant de la rotule, déchirée et amincie. Genou énorme.

Quoique je professe qu'il y a de réels avantages à attendre deux ou trois jours pour pratiquer la suture de la rotule fracturée, craignant de voir cet énorme épanchement avec altération de la peau déterminer une déchirure et une suppuration éventuelle, je décidai de faire immédiatement la suture de la rotule que j'opérai ainsi environ deux heures après l'accident.

Le sujet ayant été chloroformisé avec la plus grande prudence, je fis l'opération suivant ma méthode habituelle, par un lambeau à convexité inférieure. L'évacuation du liquide sanguin épanché autour et au-dessous de la rotule dans l'articulation fut considérable. La rotule était littéralement broyée, divisée en cinq fragments. Il était impossible de songer à traverser les fragments avec les fils, et je résolus de les entourer suivant le procédé que j'ai suivi, dès mes premières opérations, toutes les fois que la suture méthodique est impossible.

Je passai donc deux fils verticaux. Mais ceux-ci mis en place et serrés, il fut facile de constater que les fragments formant mosaïque étaient mal joints, et je passai un fil en diagonale dont le serrage amena une juxtaposition parfaite des cinq fragments.

Le reste de l'opération fut conduit comme j'ai l'habitude de le faire, réunion parfaite. La peau altérée se reconstitua, le genou fut mobilisé comme de coutume dès le quatrième jour, après ablation du drain.

Dans les jours qui suivirent l'opération, le sujet montra bien un certain degré de stupeur, comme après les commotions cérébrales; il se remit néanmoins avec une parfaite régularité et, le 4 novembre suivant, il quittait l'hôpital, marchant bien et le bras solide.

Peu à peu, il reprit son dur métier de ravaleur pour lequel il est un peu gêné, car il doit grimper à l'échelle et se mettre à genoux. Pourtant il fait ce métier, il marche sans boiterie. Le pire accident qu'il présente, ce sont les douleurs de tête qu'il éprouve fréquemment.

Il plie bien la jambe blessée; il n'arrive pas à faire toucher le talon à la fesse, mais la flexion du membre est satisfaisante. Il n'a point de douleur, il n'a aucune atrophie musculaire.

Deux radiographies de face et de profil nous montrent une rotule bien solide, dans laquelle les traces de solutions de continuité ne sont pas visibles.

La rotule est encerclée dans un réseau de gros fils bien apparents.

Toutefois il semble que ces fils soient un peu irréguliers et qu'en certains points ils soient amincis.

Enfin on peut apercevoir à la partie postérieure et tout à fait en arrière un fragment de fil isolé.

Qu'a-t-il pu se passer dans cette articulation depuis l'opération ?

Il est assez probable que l'extrémité d'un fil ayant été rongée, ayant subi une résorption partielle s'est brisée, puis est tombée dans la cavité articulaire en arrière.

Il y a là un premier fait remarquable se rapprochant très bien des observations faites dans le beau traité des ligatures de Ballance et Edmunds (Londres, 1891) : « Les fils métalliques d'argent dans l'intérieur de l'économie peuvent subir une résorption partielle, une sorte d'usure. »

J'ai observé le fait en plusieurs circonstances depuis que la radiographie nous a permis d'étudier des fils d'argent séjournant depuis longtemps dans les tissus.

En outre il nous montre la tolérance parfaite des tissus pour les fils métalliques, la tolérance particulière des articulations.

Il y a longtemps que je proclame ce fait, que je montre par des exemples qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser des fils d'argent même de gros calibre comme celui-ci (1 millimètre).

Il y a longtemps que j'ai affirmé que l'intolérance des tissus pour des fils d'argent dépendait non des propriétés de ces fils d'argent, mais du défaut de technique de ceux qui les emploient et ne savent pas appliquer une antisepsie suffisamment rigoureuse pour permettre un emploi inoffensif et assurer leur tolérance.

Élection.

Vote sur la demande d'honorariat de M. Kirmisson.

Nombre de votants : 27.

Résultats du vote :

Oui . . . . 26 voix.
Non . . . . 1 —

En conséquence M. Kirmisson est nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Guibal qui remercie la Société de Chirurgie de lui avoir décerné le prix Gerdy.

3°. — Un travail de M. Lapeyre sur *la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse.* — Le travail de M. Lapeyre est renvoyé à une Commission dont M. Faure est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Hennequin dépose sur le bureau le livre qu'il vient de publier avec la collaboration de M. R. Lœwy, sous ce titre : *Les fractures des os longs. Leur traitement pratique.*

M. le Président remercie M. Hennequin au nom de la Société.

Discussion.

Sur l'appendicalgie.

M. LUCIEN PICQUÉ. — J'ai entendu avec le plus grand plaisir la communication de M. Guinard. Notre collègue a été bien inspiré en attirant notre attention sur un point délicat de la chirurgie abdominale, et l'empressement que beaucoup d'entre nous avons mis à lui répondre, montre bien que cette communication répond à un réel besoin de la pratique journalière.

Certes il est une tendance bien naturelle, de rapporter à une lésion palpable (rein mobile ou fibrome utérin), les douleurs que le malade peut éprouver, et de méconnaître la coexistence possible d'une appendicite à forme silencieuse ; et cette tendance se manifeste même encore, quand la lésion est peu prononcée, et se borne, dans la zone génitale de la femme, à une simple métrite ou à un déplacement utérin.

De fait, l'appendicite peut affecter une forme absolument silencieuse, ne donner lieu à aucune crise, et ne se révéler, comme le fait remarquer Guinard, que par une seule « douleur abdominale ». De là, par conséquent, une série d'erreurs possibles, excusables jusqu'à un certain point, sur lesquelles notre collègue a justement attiré notre attention.

Au point de vue gynécologique, rien n'est plus fréquent. Combien d'utérus n'ont-ils pas été curettés ou redressés inutilement chez des malades qui n'avaient que de l'appendicite ? Combien d'ovaires sclérokystiques n'ont-ils pas été enlevés dans les mêmes conditions, parce que l'on se trouvait amené, en raison même de l'absence de tout symptôme bruyant du côté de l'appendice, à rapporter à ces organes les douleurs accusées par les malades.

A une époque bien rapprochée de la nôtre, on a écrit de nombreux mémoires sur l'ovarite essentielle des jeunes filles, lésion dont on n'avait jamais pu préciser les caractères anatomiques, mais qu'on avait élevée au rang d'entité morbide, parce que les crises venaient habituellement au moment de la menstruation, et surtout aussi parce qu'on ignorait l'appendicite.

Aujourd'hui, nous connaissons bien cette dernière affection ; nous savons que les crises surviennent parfois au moment des époques, pour des raisons qui nous échappent encore.

Notre collègue Lejars nous en a cité un cas et c'est cette circonstance assurément qui a poussé parfois le chirurgien à intervenir à tort ; les cliniciens ne plaçaient-ils pas alors le point ova-

rien au point exact où Mac Burney a placé depuis le point appendiculaire.

Je suis convaincu également qu'il en a été bien souvent de même pour les salpingites dont les lésions sont minimes. Et n'est-il pas digne de remarque que les salpingites, en dehors des pyosalpinx, ont diminué de nombre depuis qu'on connaît mieux la forme fruste de l'appendicite dont notre collègue nous a parlé.

Dans ses observations, je vois signaler un cas que je connais bien, puisque c'est moi-même qui ai, il y a quelques années, opéré à tort d'une résection de l'annexe, une malade qui n'a pas été guérie à la suite de mon intervention, et que notre collègue a eu le mérite de guérir définitivement à l'hôpital Dubois, en lui enlevant un appendice malade.

M. Guinard a donc eu grandement raison d'insister sur ces faits, et de nous laisser pressentir, sans peut-être toutefois y insister d'une façon suffisante, que beaucoup de névralgies attribuées jadis à un état pathologique des organes génitaux chez la femme devaient être attribuées à l'appendicite fruste.

Mais notre collègue a été plus loin.

Il pense que beaucoup d'affections, comme le fibrome utérin, la hernie, le rein mobile, sont indolentes par elles-mêmes, et que si l'on constate des douleurs, c'est qu'il existe une appendicite concomitante, et il conseille d'en pratiquer la résection.

Là, il se trompe absolument. Je veux le lui prouver, et il me pardonnera ma franchise toute amicale.

Déjà plusieurs collègues lui ont répondu. M. Quénu lui a justement fait remarquer que les détails qu'il nous donne sur l'état des appendices enlevés, ne sont pas suffisamment probants pour entraîner la conviction.

Je lui apporte à mon tour des arguments que je puise dans une série d'études que je poursuis depuis plusieurs années, et dans des observations nombreuses dont je vous ai présenté un certain nombre dans la communication que je vous ai faite en 1898, en mon nom et en celui de mon collaborateur et ami, Febvré.

Dans ce travail, je vous signalais des femmes qui avaient subi successivement les opérations les plus diverses sans être jamais guéries, et qui venaient finalement échouer dans nos asiles. On ne leur avait pas, il est vrai, à cette époque, enlevé l'appendice, mais elles guérissaient parfois par les procédés ordinaires de la psychiatrie.

Ces malades appartenaient à une catégorie trop peu connue des chirurgiens, les obsédées ou les hypocondriaques.

Mon élève Mallet, interne des asiles, qui vient de consacrer sur ce sujet une *thèse* importante, établit six classes parmi ces

malades, et en réserve une à ces femmes « qui toute leur vie souffrent du ventre, et sur lesquelles la chirurgie s'exerce en vain ».

Ces malades se voient partout, à l'hôpital et en ville : pour peu qu'on ait l'attention attirée sur ces cas, on les reconnaît facilement : ce sont celles qu'autrefois un de nos plus distingués collègues considérait comme atteintes de grande névralgie fibreuse : ce sont celles que Guinard appelle, avec d'autres d'ailleurs, les déséquilibrées du ventre.

Pour ces malades, la chirurgie est impuissante. Jadis, on leur enlevait les ovaires, et on leur faisait parfois subir, sans succès du reste, toutes les opérations de la gynécologie. J'en ai observé une à laquelle on avait pratiqué successivement le curettage, le Schrœder, le raccourcissement des ligaments ronds, la colporrhaphie antérieure, la colpopérinéorrhaphie, l'ablation des annexes, et enfin l'hystérectomie, sans pouvoir leur procurer le moindre soulagement.

Gardons-nous aujourd'hui de leur enlever l'appendice s'il n'est réellement malade, et sachons reconnaître ces malades dans la pratique. Le plus souvent, l'intervention ne leur procure aucun bénéfice; parfois elle devient susceptible de provoquer la démence, comme j'ai eu l'occasion de le constater maintes fois, et comme je vous en ai rapporté des cas.

C'est pourquoi je me rallie aux sages réserves de Quénu en ce qui concerne les lésions anatomiques de l'appendice, et je supplie Guinard de ne pas retomber dans l'erreur de nos prédécesseurs, qui de la meilleure foi du monde, en considérant les annexes qu'ils avaient enlevées, jugeaient comme suffisantes, pour expliquer les douleurs, de vagues modifications dans leur couleur et leur volume.

Avec beaucoup de sincérité, notre collègue se demande si le fibrome est douloureux.

J'ai cru longtemps comme lui que le fibrome n'était douloureux que lorsqu'il venait à se compliquer d'annexiste; en vérité c'est la règle très habituelle. Mais chez les hystériques les viscères sont parfois douloureux à l'état sain ; *a fortiori* la viscéralgie peut-elle exister quand le viscère est malade, et c'est ce qui arrive en particulier, quand il existe un fibrome.

Mais il y a plus : toute tumeur intra-abdominale produit des modifications de la sensibilité générale qui, dans l'état normal, sont à peine ressenties et le plus souvent ne le sont pas du tout.

Mais chez l'obsédé ou chez l'hypocondriaque qui par définition multiplie ses sensations, cette tumeur peut donner lieu à des troubles véritables. Quénu a fait ici même allusion à ces malades

quand il nous a parlé de zone de sensibilité extrême. Pourquoi songer à l'appendicite quand, ainsi que Quénu vous le fait remarquer, l'appendice ne présente pas de lésions suffisantes.

Dans le cas personnel que mon ami Guinard à réopéré, je tiens à dire qu'il s'agissait d'une grande névropathe, ce qui d'ailleurs n'est pas noté dans l'observation. Sans contester les lésions de l'appendice je voudrais savoir ce qu'elles étaient; je pense d'autre part qu'il serait nécessaire de la suivre et de constater si elle est restée guérie.

Je viens de parler des affections utérines. Il en est de même du déplacément des organes.

A propos du rein mobile, je rappelerai qu'en dehors des lésions que le déplacement y produit par coudure de l'uretère, et qui ont été si bien étudiées dans ces derniers temps, il est certain que le déplacement même produit chez certains malades pour les mêmes raisons que pour le fibrome des douleurs véritables. Le fait a été nié à tort par certains auteurs qui pensent qu'en dehors des accidents de la rétention rénale, il convient de ne pas toucher au rein mobile.

C'est probablement à ces cas que Guinard fait allusion, quand il pense que la douleur provient alors d'une appendicite concomitante et méconnue.

Or j'affirme qu'on peut arriver, contrairement à son opinion et à celle d'autres auteurs, à faire cesser les douleurs en fixant le rein, sans qu'il soit besoin de songer à l'appendice.

J'ai publié ailleurs l'odysée d'une jeune femme qui avait couru tous les hopitaux de Paris sans pouvoir trouver un chirurgien qui voulût l'opérer d'une ectopie rénale douloureuse et non accompagnée de rétention rénale.

Il est certain que cette femme présentait une agitation extrême et qu'elle versait dans la démence. En vérité les douleurs qu'elle éprouvait avaient provoqué un délire mélancolique.

Elle échoua à l'asile après une tentative de suicide. Reconnaissant une forme susceptible de guérir par l'intervention, je n'hésitai pas à l'opérer; elle guérit rapidement de ses douleurs et de ses troubles mentaux consécutifs. Je n'ai pas songé à son appendice et je ne le regrette pas. Il s'agit là évidemment d'un cas d'une interprétation très délicate mais qui me paraît intéressant à vous signaler ici.

Il est de même des hernies. Le professeur Berger vous a répondu suffisamment. Je tiens néanmoins à vous rapporter un fait curieux que j'ai récemment observé à Bichat.

Il s'agit d'une malade atteinte d'une hernie crurale douloureuse qui était devenue chez elle le point de départ d'une obsession véritable.

Un de nos collègues l'avait opérée; elle lui en voulait beaucoup parce qu'elle continuait à souffrir et prétendait que notre collègue l'avait mal opérée. Elle montrait au niveau de l'anneau crural un petit ganglion qu'elle considérait comme une récidive. Particularité curieuse, elle avait amené son médecin à partager son obsession et celui-ci était entré dans son délire et récriminait également contre notre collègue. C'est là un fait qui n'est pas rare et que les aliénistes désignent volontiers sous le nom de couple morbide.

Je l'observai longtemps avant de me décider à une intervention. Je me résolus cependant à lui enlever son ganglion; je montrai au médecin, qui assistait à l'opération, que l'anneau était bien fermé, que la malade avait été très bien opérée et que ce qu'elle et lui prenaient pour une récidive n'était autre chose qu'un ganglion. Hélas! peu de jours après, la malade, qui n'avait plus rien, déclarait souffrir encore et présenter une récidive de son mal. Elle et son médecin restent persuadés que j'ai moi aussi mal opéré parce qu'elle persiste à souffrir; je me garderais bien de lui enlever l'appendice si elle m'accordait à nouveau sa confiance.

Il s'agit bien là d'une obsédée : l'appendice n'est nullement en cause. Il faudrait bien se garder dans ces cas, comme dans d'autres analogues, d'aller chercher dans l'appendice la cause d'un état morbide qui ne relève que de la psychiatrie. Ces faits-là sont peu connus, mais je les observe couramment dans mon service d'aliénés et je crois intéressant de les signaler à mes collègues pour leur éviter des mécomptes dans la pratique.

Dans les cas qui précèdent, il existe une tumeur ou bien un organe est déplacé; vous avez enlevé l'appendice sur le conseil de Guinard, en même temps que vous supprimez la lésion ou que vous remédiez au déplacement. Vous avez pu faire une opération inutile mais vous avez du moins rempli l'indication principale, bien que dans certains cas, que j'ai précisés ailleurs, il ne soit pas toujours sans inconvénient d'intervenir chez un sujet prédisposé, même quand il existe une indication formelle.

Que dire des cas où un organe comme l'utérus ou l'ovaire est simplement douloureux et où vous allez intervenir en enlevant un appendice, quand celui-ci n'est pas la vraie cause de la névralgie pelvienne?

Autrefois, dans ces cas, on intervenait par le curettage ou la résection de l'ovaire; vous nous proposez aujourd'hui la résection de l'appendice.

J'ai eu récemment l'occasion, en ville, d'observer une malade bien curieuse à cet égard. Il s'agissait d'une dame de trente ans, très hypocondriaque, à laquelle un de nos collègues accoucheurs

des hôpitaux avait, il y a sept à huit ans, pratiqué l'amputation du col pour une prétendue métrite douloureuse qui ne devait être qu'une viscéralgie de nature hystérique.

Aujourd'hui, on lui enlèverait probablement l'appendice. Elle fut atteinte, consécutivement à l'opération, d'une forme de neurasthénie post-opératoire que j'ai étudiée récemment dans un travail spécial avec mon ami le D[r] Dagonet, et qui l'obligea à rester huit mois au lit. Chaque accouchement (elle en eut trois) lui donnait d'ailleurs une nouvelle crise de neurasthénie qui la retenait trois mois au lit.

Je fus appelé ultérieurement à donner mon avis au sujet d'un rein mobile. Je me refusai à l'opérer, son cas ne ressemblant en rien à celui dont je vous ai relaté l'histoire.

Ma malade, grâce à un traitement médical, guérit complètement de sa neurasthénie sans qu'il soit besoin de lui fixer son rein ni de lui enlever l'appendice. Récemment, je fus appelé à la traiter pour une fracture de jambe. Celle-ci fut de nouveau l'occasion d'une crise de neurasthénie que je pus heureusement traiter préventivement et qui guérit rapidement.

En forme de conclusion, je dirai à mon excellent ami Guinard :

N'enlevez l'appendice que lorsqu'il est réellement malade et que le sujet a présenté des crises très nettes d'appendicite.

Méfiez-vous de l'appendicite fruste qui est certainement moins fréquente qu'on ne le croit, si l'on tient compte des états morbides dont j'ai parlé. Je pense que le plus souvent il ne s'agit que de viscéralgie chez des sujets hypocondriaques.

Votre thèse présente, à mon sens, le grave inconvénient d'exposer à enlever l'appendice chez les obsédés, les hystériques et les hypocondriaques et à remplacer ainsi, par la résection de cet organe, le curettage et les résections de l'ovaire qu'on pratiquait jadis d'une façon abusive chez les mêmes malades.

Elle conduit dès lors à des échecs et expose à rouvrir aussi d'une façon fâcheuse le chapitre des psychoses post-opératoires qui s'était pour ainsi dire fermé depuis l'époque où la chirurgie avait renoncé à intervenir dans les cas de névralgie pelvienne.

Elle expose, d'autre part, bien des chirurgiens qui voudraient vous suivre aux douloureux mécomptes de ceux qui ont tenté la cure du varicocèle chez les hypocondriaques.

Sur la jéjunostomie.

M. Walther. — Dans notre dernière séance, mon ami M. Hartmann discutant le très intéressant rapport de M. Schwartz, se demandait si l'ouverture latérale de l'intestin, faite dans les mêmes conditions que la gastrostomie, n'assurerait pas une meilleure continence que la jéjunostomie en Y.

Je n'ai pas grande expérience de la question; je n'ai pratiqué qu'une fois la jéjunostomie, et précisément j'ai fait l'ouverture latérale de l'anse. J'apporte mon observation au débat.

Le malade que j'ai opéré était un homme de cinquante-trois ans qui fut envoyé dans mon service par mon collègue M. Dalché avec le diagnostic de sténose cancéreuse du pylore. L'état de la dénutrition de ce malade était tel que je n'intervins pas d'urgence et que pendant quatre ou cinq jours, je tâchai de le remonter par des injections de sérum et des lavements alimentaires.

Je l'opérai le 5 juillet dernier. Je trouvai un néoplasme envahissant la plus grande partie de la face antérieure, de la face postérieure, les ganglions de la petite et de la grande courbure. Il n'y avait pas place pour une gastro-entérostomie. Je me résignai donc à faire une jéjunostomie. Mais je tâchai de faire l'opération la plus rapide et au lieu de pratiquer l'abouchement en Y, je fis simplement une entérostomie sur la première anse jéjunale en ayant soin de faire une très petite ouverture, et de la placer au fond d'un entonnoir formé par l'application de deux points de suture sur la paroi intestinale, absolument comme dans le procédé de gastrostomie de Fontan.

Le résultat fut meilleur que je n'osais l'espérer; les suites opératoires furent très simples et le malade reprit assez rapidement ses forces, de sorte que lorsque je quittais mon service le 1er août, il commençait à se lever. Malgré l'étendue considérable du néoplasme, cette amélioration persista pendant tout le mois d'août, et ce n'est que dans la deuxième quinzaine de septembre, que la cachexie reprit le dessus; le malade dépérit rapidement pour mourir le 14 octobre, exactement trois mois et onze jours après l'opération.

Le point important dans la discussion actuelle est le mode de fonctionnement de la bouche intestinale. J'avais au début, laissé à demeure une petite sonde de Nélaton, traversant le pansement. Dès le lendemain de l'opération on commença à y injecter du lait; la continence fut parfaite à condition de ne point trop injecter à la fois ; ce n'est que le 24 juillet, vingt et un jours, par conséquent

après l'opération, qu'il y eut un peu d'incontinence ; j'enlevai la sonde à demeure, la continence se rétablit et persista jusqu'à la fin. Ce n'est que pendant les quatre ou cinq derniers jours de la vie que les liquides refluèrent, comme cela se produit presque toujours en pareil cas.

En somme, le fonctionnement de la bouche a été bon, la continence parfaite, et l'amélioration de l'état général a donné au malade une survie de plus de trois mois.

Un autre point intéressant à étudier est le mode d'alimentation. Au début, l'anse intestinale ne contient presque rien ; peu à peu, elle se laisse plus facilement dilater et la quantité de liquide qu'elle peut recevoir augmente chaque jour. Le malade a très bien conscience de cette réplétion de l'anse, et le reflux du liquide ingéré par la sonde en est l'indice manifeste. Le premier jour, chez mon malade, on ne pouvait guère introduire à la fois qu'une ou deux cuillerées de lait. Le neuvième jour, on pouvait en introduire 50 grammes, le quatorzième jour, 100 grammes ; au bout d'un mois 200, puis 240 grammes à la fois.

Je dois encore signaler un phénomène analogue à celui que nous observons d'habitude dans les gastrostomies pour cancer de l'œsophage. Le malade put boire, sans vomir, une petite quantité de lait, ce qui lui était impossible avant l'opération.

Tel est, messieurs, le résumé de cette observation. Je n'en ai pas d'autre ; c'est donc toute mon expérience en matière de jéjunostomie. Je vous l'ai apportée à titre de document.

M. Terrier. — Je n'ai que peu de chose a ajouter à ce qui a été dit. J'ai observé les mêmes résultats que mes collègues, après la jéjunostomie. J'ai toujours fait dans ces cas l'opération simple, c'est-à-dire la jéjunostomie latérale. Il s'agit en somme d'une opération destinée à des malades en état très grave, chez lesquels l'intervention la plus rapide est la meilleure. Je suture l'anse intestinale verticalement afin d'assurer plus facilement la continence de l'intestin, que j'ai obtenue dans tous les cas, et ce n'est que dans les derniers jours de la vie que cette bouche est insuffisante. C'est là un avantage sur les anastomoses en Y, qui conservent beaucoup plus rarement leur continence. En somme je suis partisan des procédés simples en pareils cas.

M. Lejars. — Chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'un cancer diffus de l'estomac et réduite à la dernière cachexie, devant l'impossibilité de réaliser un procédé quelconque de gastro-entérostomie, j'ai pratiqué la duodénostomie sur la deuxième portion. Le résultat fut très passager ; la malade recueillit cependant quelque

bénéfice de l'intervention, grâce à l'alimentation, d'ailleurs peu abondante, qu'elle reçut par la fistule duodénale; mais elle ne tarda pas à succomber. Je ne rappelle ce fait que pour signaler le détail que voici : au bout de quelques jours il se produisit une véritable intolérance intestinale, et la moindre injection de lait était suivie presque immédiatement d'une selle liquide; la fistule, à peu près continente d'abord, devint aussi incontinente dans les derniers jours. En somme, il ne semble pas que les opérations de ce genre légitiment beaucoup d'espérance, au moins dans des cas de cancer très avancé.

M. Schwartz. — Je suis très heureux de constater que mes différents collègues qui ont pris la parole sont tous d'accord avec moi pour admettre que dans le cancer de l'estomac la gastroentérostomie doit rester l'opération de choix, alors que la jéjunostomie ne doit être qu'une opération d'exception, une sorte *d'ultima ratio* opposée aux cas ou toute gastroentérostomie est impossible.

Au point de vue du procédé opératoire, je persiste à penser que la jéjunostomie en Y de Maydl est supérieure à la jéjunostomie latérale, surtout lorsqu'il s'agit de jéjunostomies faites pour des affections de l'estomac où l'alimentation peut durer un certain temps, où la cachexie n'est pas très avancée, surtout si on ajoute, comme l'a demandé nôtre collègue Quénu, le petit orifice, plus facilement continent malgré tout que le large abouchement à la paroi même avec la coudure conseillée et pratiquée par Maydl. Kelling de Dresde, vient tout récemment (*Centralblatt für chirurgie*, n° 5, 1904), de décrire un procédé qui répond à ce desideratum. Il conseille d'invaginer le bout qui doit être abouché à la paroi après l'avoir fermé (comme le fait Fontan pour la gatrostomie), puis de pratiquer au fond de l'entonnoir ainsi constitué, un petit orifice par lequel sera introduit la sonde destinée à alimenter l'opéré. De la sorte est constitué un canal long et étroit qui répond au désideratum exprimé.

Sur les corps étrangers des bronches.

M. Pierre Sebileau. — Je ne veux présenter que quelques remarques sur la très intéressante observation de notre confrère Henri Meunier et sur le rapport qu'en a fait mon ami Ricard.

L'intervention du Dr Meunier a été suivie d'un très heureux résultat; il n'y a donc qu'à enregistrer le succès et chacun saura en faire son profit. Cependant, il y a lieu de tenir compte que,

dans l'espèce, il s'agissait d'un enfant dans la trachée courte duquel la pince a pu saisir un corps étranger qui, chez un adulte, serait peut-être resté au-dessous des mors de l'instrument. Je crois, en effet, que l'extraction des corps étrangers des bronches a, toutes choses égales d'ailleurs, plus de chances de réussir chez l'enfant que chez l'adulte.

Mais, je le répète, il n'entre nullement dans mon esprit de critiquer l'opération pratiquée par Meunier. Et je m'en garderais d'autant mieux qu'au résumé notre confrère n'a fait que suivre la voie qui, jusqu'à ce jour, a été considérée comme la règle classique et le restera, sans doute, longtemps encore.

Que cette dernière hypothèse ne vous fasse pas croire que je sois un contempteur du bronchoscope; c'est un merveilleux instrument qui n'a pas encore donné en France la mesure de ses véritables avantages, et c'est sans nul doute dans le scientifique désir de le répandre qu'il faut chercher l'explication du bruit qui a été fait, ces temps derniers, dans des publications de divers ordres, sur un cas tout à fait intéressant de corps étranger des bronches, bruit au milieu duquel tend à s'atténuer, non seulement le nom de celui qui a inventé et utilisé un très grand nombre de fois le bronchoscope, mais encore celui de nos collègues sous la direction duquel se sont faits, à Paris, les premiers essais de l'instrument.

Ce bronchoscope est donc, à coup sûr, un admirable instrument. Je dois dire, cependant, qu'il n'est pas d'une application très simple ni très facile. Il ne faut juger des choses ni par la manière dont on voit l'appareil supporté par un malade habitué, dressé à l'opération, ni par l'aisance avec laquelle arrive à pratiquer cette opération, le praticien qui a « travaillé » son patient pendant plusieurs jours. En fait, et dans la pratique ordinaire, les choses sont un peu plus difficiles.

J'ajoute, enfin, que le bronchoscope est encore un instrument très cher qui, étant donnée la rareté relative de ses applications, tardera certainement à se répandre.

C'est pour cela que l'observation de notre confrère Henri Meunier est particulièrement intéressante. Elle montre, en effet, qu'en attendant la réalisation des progrès qu'assure le remarquable instrument de Killian, on peut encore espérer quelque chose du traitement classique (trachéotomie, pinces, électro-aimant). Le cas est encourageant et il y a lieu d'en garder le souvenir.

M. Kirmisson. — La veille même du jour où M. Ricard nous lisait ici son rapport sur le beau succès de M. Meunier (de Pau), je me trouvais aux prises avec un corps étranger de la bronche

droite. Et je dois d'autant plus communiquer cette observation qu'elle s'est terminée par un désastre.

Il s'agit d'un petit garçon de cinq ans qui, le dimanche matin 14 février, vers 10 heures, avala une grosse olive en verre, du modèle de celles qui servent à fabriquer les colliers d'enfants. Il y eut immédiatement de violents accès de suffocation ; on administra un vomitif qui demeura sans résultat, et, à une heure de l'après-midi, on apporta l'enfant à l'hôpital. L'interne de garde essaya la position d'inversion du corps, mais l'enfant devint immédiatement si cyanosé qu'il en fut effrayé. Il ne renouvela pas la tentative, et fit appeler le chirurgien de garde ; celui-ci tenta de nouveau l'inversion, l'enfant eut un nouvel accès de suffocation, et le chirurgien se retira sans faire d'autres tentatives.

Le lendemain matin 15 février, on me raconta ce qui s'était passé. L'enfant était absolument calme, mais dans toute la moitié droite de la poitrine, le murmure vésiculaire était très affaibli, ce qui dénotait la présence du corps étranger dans la bronche droite. Du reste, nous en eûmes immédiatement la confirmation par la radiographie que je fis faire dans mon laboratoire, et qui nous montra le corps olivaire obliquement couché sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale entre la 5e et la 6e côte, dans une position absolument analogue à celle qu'occupait le corps étranger de M. Meunier.

Je résolus de tenter l'extirpation de ce corps étranger, et je fis fabriquer dans ce but chez M. Collin le petit crochet que je vous présente ici, et qui est construit sur le modèle de celui que j'emploie pour l'extraction des pièces de monnaie de l'œsophage. L'instrument a été fait en argent ; il est très flexible ; le crochet lui-même a 4 millimètres en largeur et 3 millimètres dans le sens antéro-postérieur.

Le mardi matin 16 février, le malade fut endormi et je pratiquai la trachéotomie ; celle-ci fut faite le plus bas possible et sans incident. J'introduisis alors le petit crochet dans la trachée ; il pénétra dans la bronche gauche ; je le retirai sans la moindre difficulté, et, l'inclinant à droite, je le réintroduisis pour pénétrer dans la bronche droite. Cette pénétration se fit très facilement, mais, quand je voulus ramener l'instrument, la chose me fut absolument impossible. Nous eûmes beau tourner l'instrument en tous sens, nous ne pûmes réussir à le dégager. L'enfant asphyxia progressivement et succomba dans une convulsion finale. A l'autopsie, nous pûmes nous rendre compte que la paroi postérieure de la bronche, d'une minceur extrême, avait été perforée par le crochet. On ne peut incriminer la durée du temps écoulé depuis le début de l'accident, puisque je suis intervenu au bout de qua-

rante-huit heures. Y avait-il là déjà une altération bronchique? Les ganglions du médiastin énormément augmentés de volume pourraient le faire supposer. Quoi qu'il en soit, c'est certainement à cette minceur extrême de la paroi que doit être attribué l'accident, car, au moment de l'introduction de l'instrument, je n'ai employé aucune force, et n'ai eu à aucun moment la sensation d'une rupture.

M. Ricard. — Je ne puis que remercier nos collègues qui ont pris part à cette discussion ; nous sommes tous du même avis, l'emploi des moyens de douceur dans l'extraction de ces corps étrangers.

Rapports.

Cinq observations d'hystérectomie subtotale par hémisection pour suppurations annexielles, par M. G. Michel, professeur agrégé à Nancy.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

M. le Dr G. Michel, professeur agrégé à Nancy, nous a envoyé cinq observations d'hystérectomie abdominale subtotale pour suppurations annexielles : c'étaient des cas difficiles, avec adhérences étendues aux parois pelviennes, aux intestins, à l'S iliaque. Deux d'entre eux surtout étaient d'une complication extrême. M. Michel a eu recours à l'hémisection utérine qui lui a permis de terminer ces opérations difficiles d'une façon satisfaisante et de guérir ses cinq malades.

M. Michel mérite d'être loué, et je ne lui marchanderai pas mes éloges, non pas tant pour avoir guéri ses malades que pour s'être astreint à employer systématiquement un procédé dont il n'a pas coutume de se servir, mais qui, dans les circonstances où il se trouvait, devait lui permettre, mieux que tous les autres, de mener à bonne fin la tâche qu'il avait entreprise.

Quand l'utérus est facilement accessible M. Michel emploie en effet, de préférence, le procédé de Terrier. En présence de cas très compliqués il s'est parfaitement rendu compte qu'il valait mieux renoncer à son procédé habituel pour en employer un moins familier, mais mieux adapté aux lésions à combattre.

En agissant ainsi, il était dans la vérité, et c'est pourquoi je crois devoir d'autant plus l'en féliciter que cette façon d'agir n'est pas aussi commune qu'elle devrait l'être.

Beaucoup de chirurgiens pensent, en effet, que c'est chercher d'inutiles complications que de s'astreindre à connaître plusieurs procédés d'hystérectomie et qu'il suffit d'en bien connaître un, que celui que l'on connaît le mieux et qu'on a bien en main est toujours le meilleur, et qu'avec un peu d'habitude et de présence d'esprit on se tire toujours à son honneur des situations les plus difficiles.

Je ne puis accepter cette manière de voir, et je tiens à profiter de l'occasion qui m'est offerte pour exposer aussi brièvement que possible ma façon de penser sur cette question capitale.

La technique de l'hystérectomie abdominale pour suppurations annexielles doit être subordonnée non à un *procédé*, mais à une *méthode*.

Cette méthode repose tout entière sur une règle, je devrais dire sur une loi très simple, évidente même pour qui s'est donné la peine de la contrôler : *Les annexes enflammées sont beaucoup plus faciles à décoller des organes auxquels elles adhèrent lorsqu'on les aborde par-dessous et de bas en haut.*

La conduite à tenir dans l'hystérectomie abdominale en découle immédiatement : *Il faut s'arranger pour aller attaquer par dessous les annexes adhérentes.*

Mais pour les attaquer par-dessous il faut d'abord parvenir jusqu'à leur face inférieure, la plus rapprochée du fond du bassin, et par conséquent manœuvrer de façon à *gagner par la voie la plus simple et la moins encombrée le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel.*

Tout est là et la méthode tout entière tient dans ces quelques mots.

Mais la voie la plus simple et la moins encombrée n'est pas toujours la même et voilà pourquoi, si nous voulons la suivre, nous serons, pour y parvenir, obligés d'employer des *procédés différents.*

Parmi ces procédés il n'en est aucun qui soit, d'une façon absolue, supérieur à tous les autres, et chacun d'eux peut être, suivant les circonstances, le meilleur ou le pire. Telle opération, fort simple si l'on sait choisir le procédé qui lui convient, peut devenir impraticable si l'on s'obstine à en employer un autre, et dans ces conditions tout l'art du chirurgien consiste précisément à choisir le procédé adapté aux lésions en face desquelles il se trouve.

Or, rien n'est plus simple que faire ce choix, qui est capital, et d'où dépend l'exécution plus ou moins facile, et par conséquent la gravité plus ou moins grande, de l'opération que l'on entreprend. Il faut se rendre compte des lésions, chercher, je le répète,

la voie la plus simple et la moins encombrée vers le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel, et, dès qu'on l'a reconnue, ce qui se fait presque toujours au premier coup d'œil, commencer son extirpation en employant méthodiquement le procédé approprié.

Quelques schémas abrégeront et faciliteront singulièrement l'exposition des différentes manœuvres qui permettront de mener à bien, dans les différents cas qui peuvent se présenter, une hystérectomie abdominale.

Celle-ci devra être, sauf exception, une hystérectomie subtotale, et je crois que, pour ce qui concerne les interventions

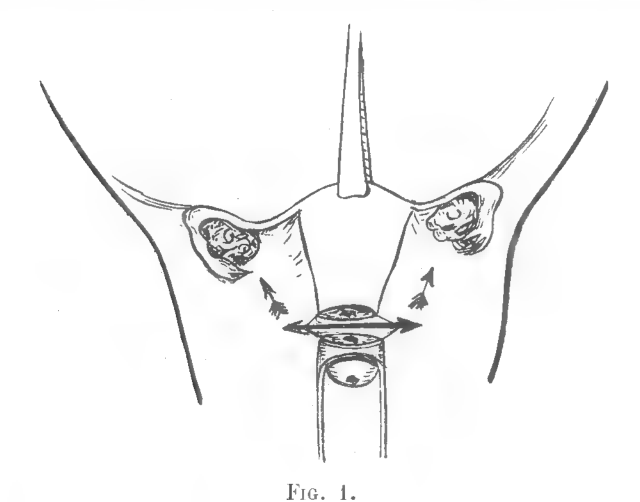


Fig. 1.

dans les suppurations annexielles, l'accord est unanime entre nous.

C'est le *degré d'adhérence* des annexes malades aux organes voisins, utérus, intestins et parois pelviennes, qui décidera de la voie à suivre et du procédé à employer.

Si les annexes sont libres et sans adhérences, comme il arrive par exemple dans les ovarites scléro-kystiques et les salpingites parenchymateuses, il n'y a aucune difficulté et tous les procédés sont bons. Pour ma part, j'emploie la *décollation utérine*, que je préfère à cause de sa simplicité si grande qu'elle permet d'enlever l'utérus en quelques secondes. Elle permet, en effet, d'aborder immédiatement, par son pôle inférieur, le bloc utéro-annexiel, de couper le col utérin en supprimant ainsi le principal point d'attache de l'utérus, et d'attaquer des deux côtés les annexes par-dessous. Mais comme celles-ci ne sont point adhérentes et qu'elles sont très faciles à enlever, cette dernière condition n'a

qu'une importance relative. Ce procédé n'est donc pas indispensable, et dans ce cas, je le répète, tous les procédés sont bons (fig. 1).

Il n'en est pas de même si, les annexes d'un côté étant libres, celles du côté opposé sont au contraire adhérentes aux parois pelviennes (fig. 2). Dans ces conditions, le chirurgien doit attaquer par-dessous les annexes adhérentes. Celles qui sont libres, peuvent au contraire être séparées sans difficultés, de quelque façon qu'on s'y prenne. C'est ici le *procédé de Kelly* qui conviendra le mieux. Il faudra descendre de haut en bas dans le ligament large libre, en dehors des annexes non adhérentes, trancher le



Fig. 2.

col, puis attaquer de bas en haut les annexes du côté opposé, après bascule de l'utérus. Dans ces conditions, le procédé américain constitue le procédé idéal (fig. 2).

Si les annexes des deux côtés sont adhérentes et fixées aux parois pelviennes (fig. 3), le procédé de Kelly devient insuffisant, et la première moitié de l'opération se hérisse de difficultés parce que le chirurgien, obligé de décoller les annexes en les abordant de haut en bas, se prive des facilités que donne précisément leur attaque de bas en haut. Il faut donc faire autre chose et employer un procédé qui permette des deux côtés l'attaque de bas en haut.

Le *procédé de Terrier* répond à cette nécessité. On sait en quoi il consiste. On enlève d'abord l'utérus en le séparant des deux côtés des annexes malades. Cette extirpation préalable de l'utérus donne au centre du bassin beaucoup de jour, et on peut ainsi, sans difficultés, attaquer les annexes par-dessous (fig. 3). Ce pro-

cédé est excellent, et il n'est passible d'aucune objection. Mais il n'est bon qu'à condition que les adhérences entre l'utérus et les annexes soient légères, et qu'on puisse facilement séparer le corps utérin des annexes voisines. Or, il n'en est pas toujours ainsi. Assez souvent, des adhérences dont il est assez difficile de mesurer l'importance unissent l'utérus aux poches annexielles, et l'extirpation préalable de l'utérus constitue à elle seule une opération laborieuse. Quand elle est faite, tout va bien, et on se trouve dans des conditions excellentes pour enlever les annexes, mais il n'en est pas moins vrai que la nécessité d'extirper en

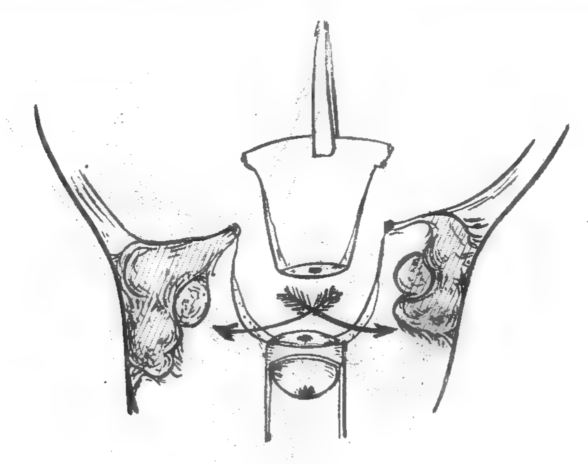


Fig. 3.

premier lieu un utérus parfois très adhérent constitue le principal écueil du procédé de Terrier, d'ailleurs excellent et très recommandable lorsque l'utérus est à peu près libre.

L'*hémisection utérine* n'a pas ces inconvénients. Lorsque les annexes sont très adhérentes aux parois pelviennes et le sont peu à l'utérus, l'hémisection présente même cet avantage d'offrir, dans chaque moitié utérine, un point d'appui solide qui permet d'attirer vers le haut le pédicule interne des annexes avec beaucoup plus de facilité et de sécurité que lorsqu'on est obligé de saisir directement les tissus friables qui constituent ce pédicule. Mais c'est dans les cas très compliqués que l'hémisection utérine présente une incontestable supériorité sur tous les autres procédés. Lorsque les annexes sont adhérentes partout, à l'utérus et aux parois pelviennes, aux intestins et au rectum, lorsque tous les organes du petit bassin forment un bloc compact dans lequel il est souvent difficile de se reconnaître, les annexes adhérentes partout doivent, plus que jamais, être attaquées par-dessous et

décollées de bas en haut. Or, la voie qui mène vers leur pôle inférieur est obstruée de tous côtés. On ne peut passer ni entre les annexes et les parois pelviennes, ni entre les annexes et l'utérus. Il n'y a plus qu'un parti à prendre et une voie à suivre, voie sûre, simple, toujours praticable et toujours fidèle. Il faut passer à travers l'utérus, le sectionner de haut en bas, du fond vers le col, jusqu'à l'isthme, puis trancher chacune de ses moitiés au niveau du col et enlever séparément, avec chacune de ces moitiés, les annexes qui lui adhèrent et qu'il est ainsi possible d'aller aborder par-dessous (fig. 4).

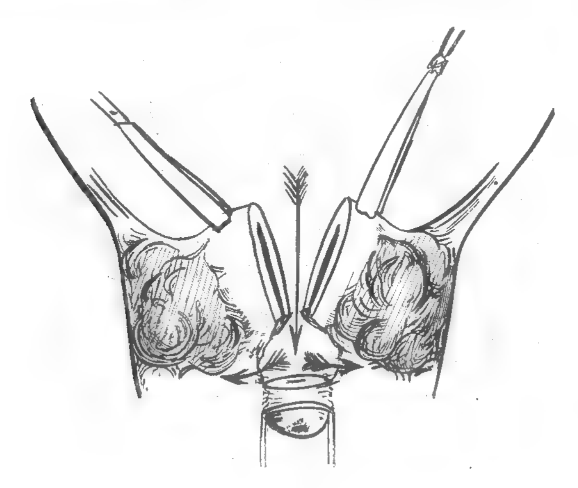


Fig. 4.

Dans ces cas, qui ne sont pas rares, l'hémisection utérine constitue donc le procédé de choix, et c'est elle qu'il faut employer.

Il n'est pas défendu de combiner certains procédés entre eux, et lorsque, par exemple, les annexes du côté droit adhèrent complètement à l'utérus et aux parois pelviennes, alors que les annexes gauches adhèrent seulement aux parois pelviennes en laissant la voie libre entre elles et l'utérus, que fera-t-on ? L'hémisection utérine pourrait encore être employée avec avantage. Mais on pourra fort bien s'en passer et combiner entre eux le procédé américain et le procédé de Terrier. Passant entre l'utérus et les annexes gauches, comme Terrier, on tranchera le col utérin et on enlèvera l'utérus et les annexes droites, comme Kelly, en gardant pour la fin, comme Terrier, les annexes gauches qui restent seules et qu'on enlève en les abordant par-dessous (fig. 5).

Enfin il est un dernier cas, peut-être le plus difficile de tous et qu'il faut bien connaître parce qu'il n'est pas très rare. C'est celui

dans lequel l'utérus en rétroflexion et les annexes malades sont adhérents au fond du cul-de-sac de Douglas à tel point que le fond de l'utérus est inaccessible et que rien ne permet de l'amener

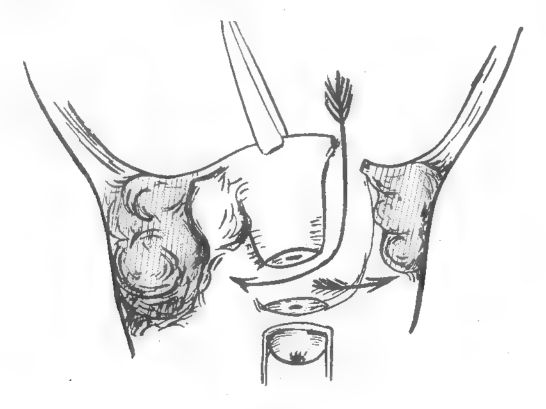


Fig. 5.

en avant pour pratiquer l'hémisection. C'est alors à la décollation qu'il faut avoir recours, mais cette fois à la *décollation antérieure*. Le col est avant tout sectionné d'avant en arrière ; le corps



Fig. 6.

utérin saisi par la tranche cervicale se laisse alors amener en avant, la main passe entre le col et le corps d'avant en arrière et gagne ainsi directement le fond du Douglas où elle rencontre les annexes qu'elle aborde encore et toujours par-dessous, et de bas en haut (fig. 6).

Telles sont les quelques observations que je tenais à présenter. Je suis convaincu qu'en suivant cette méthode, on évitera dans l'extirpation de l'utérus et des annexes malades la plupart des difficultés qu'on a coutume d'y rencontrer.

Mais il faut la suivre pas à pas, et dans ces opérations souvent difficiles, où l'inspiration personnelle a souvent une large part, plus on diminuera son rôle, qui est parfois celui du hasard, plus on s'astreindra à suivre de près cette méthode précise, meilleurs seront les résultats sur lesquels on pourra compter.

Je vous propose d'adresser à M. le Dr Michel nos remerciements pour les intéressantes observations qu'il nous a envoyées et dont voici le résumé; avec les particularités dignes d'être reproduites, au seul point de vue technique.

Obs. I. — F..., trente-huit ans. *Annexite double.* — La laparotomie, montre un utérus adhérent ainsi que les annexes, aux intestins.

Cet utérus est gros, augmenté de volume.

Hémisection de cet utérus par le procédé de Faure; il est fibromateux; dans sa paroi antérieure on trouve deux petits fibromes interstitiels.

Hystérectomie subtotale. — Extirpation des annexes; à gauche facile; mais à droite on tombe sur plusieurs poches purulentes, périannexielles. On enlève cependant les annexes.

Du pus s'est écoulé; mais l'abdomen était très bien garanti.

Drainage par le Douglas. — Péritonisation aussi complète que possible. Drainage abdominal.

Suites opératoires normales : température dépassant 37 degrés, ne dépassant pas 38 le soir.

Ablation du drain le cinquième jour.

Suppuration venant de la profondeur par l'orifice de drainage abdominal. Écoulement de pus par le vagin.

Pansements journaliers, avec lavages à l'eau oxygénée.

La malade est encore en traitement à l'hôpital, presque guérie.

Obs. II. — Brid..., dix-sept ans. L'examen permet de porter le diagnostic de phlegmon du ligament large gauche ouvert à l'extérieur et ouvert spontanément dans le vagin et le rectum, et de salpingite droite.

La laparotomie est pratiquée le 20 avril 1903. Le ventre ouvert, on tombe sur des adhérences de l'intestin avec l'utérus et les annexes. Ces adhérences masquent l'utérus.

On décolle ces adhérences et l'on tombe sur le fond de l'utérus; deux pinces à griffes permettent d'exercer une traction assez forte sur cet utérus qu'on libère aussi complètement que possible.

On pratique l'hémisection suivant le procédé de Faure; cette hémisection n'est pas totale, mais subtotale.

L'hémisection permet de décoller une collection salpingienne, à

gauche, très adhérente à l'intestin et à la paroi, adhérente dans la profondeur au Douglas et à l'S iliaque.

La trompe droite, adhérente, elle aussi, est très facilement énucléée.

Drainage par le vagin. Péritonisation aussi complète que possible; drainage abdominal.

Suites opératoires apyrétiques.

La malade sort guérie trois semaines après l'opération.

Cas particulièrement difficile, en raison des adhérences à la paroi et au rectum.

Obs. III. — *Métrite et pyo-salpingite bilatérale avec péri-métrite et péri-salpingite.* — Mme X..., trente-deux ans. Nous proposons à la malade l'hystérectomie vaginale. Celle-ci est pratiquée dans les premiers jours d'avril 1903.

Après incision circulaire des insertions vaginales, nous commençons le décollement de la vessie en suivant le plus près possible la face antérieure de l'utérus. Malgré nos précautions, malgré notre mise en garde contre une blessure possible de la vessie, celle-ci est déchirée sur une assez grande étendue.

Nous essayons de continuer l'hystérectomie vaginale, mais l'utérus est impossible à abaisser, complètement fixe, adhérent à la vessie que nous craignons de déchirer davantage.

Nous lavons largement le vagin et nous tamponnons la plaie vésicale et le vagin. La malade est mise sur le plan incliné. Nous faisons désinfecter soigneusement la paroi abdominale, et, après nous être nous-même soigneusement désinfecté les mains, nous pratiquons la laparotomie. La muqueuse vésicale est fermée par une suture en bourse.

Au-dessus de cette suture en bourse, suture par des points séparés de la paroi vésicale et des tissus péri-vésicaux. Tamponnement et drainage du vagin. Sonde à demeure.

Suites post-opératoires sérieuses; schok; un peu de réaction péritonéale les deux premiers jours. Ablation du drain abdominal le troisième jour. Ablation de la mèche vaginale et du drain vaginal le quatrième jour. Injections antiseptiques vaginales journalières.

La sonde à demeure fonctionne bien. On l'enlève le huitième jour.

Petite fistule vésicale le lendemain.

La malade garde une certaine quantité d'urine, mais elle perd continuellement. On la renvoie chez elle.

Elle revient sur nos conseils et nous pratiquons la laparotomie.

Cette laparotomie nous montre un utérus adhérent à la vessie, et deux poches purulentes annexielles adhérentes à l'intestin.

Décollement de la face antérieure de l'utérus. Hémisection totale par le procédé de Faure. Les deux moitiés de l'utérus sont enlevées successivement avec leurs annexes adhérentes.

Ces annexes sont difficiles à énucléer, à cause des adhérences.

Enlevées, on essaie de fermer la plaie vésicale par l'abdomen. Cette

plaie vésicale siège au niveau du bas fond, elle a une étendue de 5 à 6 centimètres. Cette plaie est trop profonde, on ne peut la suturer par l'abdomen.

Le petit bassin est complètement cloisonné, par suture du péritoine vésical au péritoine de l'S iliaque.

La paroi abdominale est refermée après drainage. La malade est alors remise en position dorso-sacrée. On attire assez facilement le bas fond de la vessie dans le vagin.

Les lèvres de la plaie vésicale sont repérées au moyen de pinces fines de Kocher. La vessie est fermée définitivement.

Nous avons revu la malade en août, complètement guérie.

Obs. IV. — X..., vingt-deux ans. Opération le 14 octobre. — La paroi abdominale incisée, il est impossible de voir le fond de l'utérus; il existe des adhérences entre la vessie, l'intestin grêle et le gros intestin. Ces adhérences masquent complètement le fond de l'utérus. Ces adhérences sont récentes, elles sont molles, on peut les décoller assez facilement : on arrive sur le fond de l'utérus que l'on saisit avec une pince à griffes. Il est difficile d'exercer la moindre traction sur cet utérus, car il est très friable et se déchire facilement. On continue à décoller les adhérences, et l'on arrive à mettre en évidence tout le fond, un peu de la face antérieure et de la face postérieure.

On peut alors pratiquer l'hémisection de l'utérus en repérant au fur et à mesure les lèvres de la section.

Cette hémisection est faite très lentement, à cause des adhérences vésicales que l'on est obligé de décoller. La cavité utérine est cautérisée au thermo. Arrivé sur le col, on sectionne ce col du côté gauche, et on coupe l'artère utérine entre deux pinces.

La même manœuvre est effectuée du côté droit.

On décolle par-dessous les annexes gauches adhérentes à la moitié gauche de l'utérus. Ce décollement est difficile à cause des adhérences de la poche salpingienne avec l'S iliaque, mais on arrive à l'énucléer et à mettre une pince sur le pédicule utéro-ovarien que l'on tranche d'un coup de ciseaux.

A droite le décollement est relativement facile, mais les annexes sont très adhérentes, et, au cours de la décortication, un peu de pus s'écoule; il est aussitôt épongé.

Les annexes sont adhérentes de ce côté à l'appendice qui est réséqué.

Sur une étendue de 4 à 5 centimètres, la couche séreuse de l'S iliaque a été déchirée pendant l'extirpation des annexes gauches. Quelques points de suture ferment cette déchirure.

Fermeture du col utérin. Ouverture du Douglas, on passe un gros drain dans le vagin.

Fermeture du péritoine à droite; cloisonnement du petit bassin à gauche, en se servant de l'S iliaque, au-dessus de la déchirure. Drain abdominal. Fermeture de la paroi.

L'opération, malgré sa difficulté, avait duré à peine une heure.

On fait, sur la table d'opération, une injection de 1.000 grammes de sérum.

Le soir le pouls était à 100 et la température à 37°5.

Pendant trois jours après l'opération, la température resta aux environs de 38 degrés, le pouls à 120. Matin et soir on injectait du sérum à la malade; le cinquième jour, le pouls avait diminué de fréquence, la température était voisine de la normale. Les drains avaient été enlevés le cinquième jour. Le huitième jour la malade entrait en convalescence et dans la première quinzaine de novembre elle quittait l'hôpital complètement guérie.

Ce cas était particulièrement grave, en raison d'une part de l'état général de la malade qui était très mauvais; d'autre part en raison des lésions abdominales.

Sans le procédé de Faure, il aurait été complètement impossible de procéder par dessous au décollement des annexes; seule l'hémisection a permis cette extirpation.

Les suites opératoires ont été bénignes, malgré la plaie opératoire très étendue, malgré la lésion du rectum, grâce à la péritonisation complète et au cloisonnement du petit bassin, et grâce au drainage.

Obs. V. — *Rétroversion utérine. Pyo-salpingite. Troubles vésicaux. Cystite. État général mauvais. Anémie.*

Laparotomie, novembre 1903. — Adhérences intimes de l'intestin grêle aux annexes, à la vessie, à l'utérus; impossibilité complète de reconnaître le fond de l'utérus.

On est obligé de décoller des adhérences vésico-intestinales pour pouvoir le mettre à découvert.

Pinces à griffes sur ce fond : il y a des adhérences intimes de l'utérus à la vessie; la paroi antérieure de l'utérus est soudée en quelque sorte à la paroi postérieure de la vessie.

En exerçant des tractions sur le fond de l'utérus, et en essayant de décoller les adhérences, on déchire la vessie sur une grande étendue.

On continue le décollement, et on peut arriver sur le col. Hémisection de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Décollement des annexes, difficile en raison des adhérences de l'intestin. Drainage par le Douglas.

Fermeture de la vessie par deux plans de suture.

Cloisonnement du petit bassin, au moyen du péritoine de l'S iliaque, au-dessus de la déchirure de la vessie. Drainage abdominal. Sonde à demeure. Guérison en un mois.

La malade a été revue, bien portante, ayant repris ses occupations.

M. Schwartz. — Je suis très aise, à propos du rapport de M. Faure de dire tout le bien que je pense de son procédé d'hémisection utérine dans le traitement des suppurations annexielles.

J'ai pratiqué depuis plusieurs années le procédé de Faure-

Kelly qu'il a bien voulu me montrer en opérant devant moi un cas très difficile de tuberculose bilatérale des annexes avec adhérences totales à l'utérus. L'utérus trouvé et repéré, l'opération est devenue simple grâce à l'hémisection et à l'ablation de bas en haut des annexes.

J'ai opéré une trentaine de cas difficiles par ce procédé et toujours l'opération a été menée facilement à bien.

Je tiens à remercier M. Faure de son rapport et de la façon dont il nous a démontré les divers procédés à suivre d'après la topographie et les adhérences des annexes suppurées.

M. Ricard. — Il est incontestable que rien n'est variable comme les difficultés avec lesquelles le chirurgien se trouve aux prises en face des suppurations pelviennes. Il serait puéril de n'avoir qu'un seul procédé en face de lésions si dissemblables; aussi j'emploie fréquemment et avec succès les différents procédés que M. Faure vient de si clairement schématiser. La bascule latérale, la décollation, l'hystérotomie médiane sont des variétés de technique que tout chirurgien doit avoir à sa disposition.

Cancer bilatéral inopérable des deux mamelles, traité par la castration utéro-ovarienne, par M. le Dr Reynès (de Marseille).

Rapport par M. A. GUINARD.

Dans notre séance du 6 janvier, je vous ai présenté une malade atteinte de cancer du sein à qui j'avais fait une castration utéro-ovarienne. M. Reynès, de Marseille, nous a envoyé à cette occasion l'observation d'une malade qu'il a soignée dans les mêmes conditions ; mais comme son mémoire a été publié dans les comptes rendus du Congrès de Chirurgie dernier, je n'ai pas à le rapporter ici.

M. Tuffier. — Puisque la question de l'influence de la castration utéro-annexielle sur le développement des cancers du sein reparaît à l'ordre du jour, je puis vous apporter ce fait suivant :

Le 9 janvier, entre dans mon service une malade qui portait en même temps une tumeur maligne du sein gauche et des fibromes utérins.

Un peu parce qu'elle présentait des troubles de la menstruation, et beaucoup parce que la thérapeutique des cancers est toujours au premier plan de nos préoccupations, je proposai à cette femme de

tenter la rétrocession de sa tumeur mammaire par l'ablation de son fibrome.

Cette femme était âgée de quarante-trois ans; sa castration utéro-annexielle ne présenta aucun incident; mais la tumeur du sein subit une augmentation progressive telle que je dus en faire l'ablation le 28 janvier.

L'examen macroscopique et microscopique de la tumeur fait par M. Mauthé ne permit de reconnaître aucune modification spéciale quelconque dans le tissus pathologique.

Présentation de malades.

Exophtalmie pulsatile.

M. Picqué. — Présente un cas d'exophtalmie pulsatile et demande l'avis de ses collègues sur le mode d'intervention.

M. Larger. — J'ai présenté en 1884 un cas analogue à la Société. On a conseillé l'abstention; le malade a parfaitement guéri.

Tétanos traumatique. Guérison.

M. Potherat. — Je vous présente un jeune homme de seize ans guéri de tétanos traumatique. Je vous résumerai son cas de la manière suivante : coup de pistolet dans la paume de la main droite le 10 décembre; plaie peu importante, pansements simples à l'hôpital Cochin. Huit jours plus tard, début du tétanos par contracture des masses sacrolombaires, des muscles de la nuque et des masséters. — Admission dans mon service de Bon-Secours le neuvième jour. Injection immédiate de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur. Aucune amélioration; au contraire, le lendemain, le tétanos atteint son maximum de violence : contractures généralisées, attaques convulsives très rapprochées.

L'examen de la plaie a fait reconnaître la présence de grains de plomb. Extraction de ces grains, détersion, lavages, pansements humides avec la solution de bi-iodure de mercure; bain antiseptique prolongé, quotidien, isolement du malade dans l'obscurité, administration du chloral à dose progressivement croissante de 15 à 30 grammes. Ce n'est que le troisième jour de l'emploi de

cette dose élevée, le dixième environ de la maladie, que les attaques convulsives ont diminué de fréquence ; mais elles ont persisté pendant près de quinze jours. Les contractures ont duré beaucoup plus longtemps, et il n'y a guère que trois semaines à peine qu'elles ont abandonné les membres inférieurs par où elles se sont terminées.

La maladie a duré un peu plus de six semaines; l'attaque a été précoce, elle a été violente ; toutefois la température n'a pas dépassé 38°5. Le chloral a été très bien supporté, même aux doses les plus élevées, par la voie gastrique ; à la dose minima de 12 à 15 grammes il a été continué jusqu'à la fin de la maladie.

M. Bazy. — Si j'ai bien compris M. Potherat, il semble que les injections sous-cutanées de sérum antitétanique n'ont pas empêché l'aggravation du tétanos.

J'ai eu l'occasion de citer ici un cas de tétanos guéri par le chloral à haute dose. Or ce malade qui recevait en même temps des injections sous-cutanées de sérum antitétanique a vu son tétanos s'aggraver quand le médecin obéissant à certaines idées théoriques voulut diminuer les doses de chloral.

Ce n'est qu'en recommençant le chloral que nous vîmes les accidents s'amender et le malade guérir.

En somme, si l'action préventive du sérum antitétanique, est bien démontrée, l'action curative l'est beaucoup moins.

M. Labbé. — Chez les animaux, il me paraît bien évident que le sérum antitétanique peut agir comme préventif, puisque le tétanos à la suite de la castration a presque disparu sous son influence chez le cheval.

M. J. Lucas-Championnière. — La question du traitement du tétanos reste toujours très difficile à juger parce que le tétanos, si grave que la maladie soit en général, est susceptible de guérison spontanée ou thérapeutique. Nous ne sommes pas en face d'une maladie toujours mortelle comme la rage, et l'on peut attribuer à un agent thérapeutique ce qui n'est que le résultat de la force de résistance du sujet ou de la médiocre intensité des phénomènes infectieux.

Le sérum antitétanique, merveilleux pour la prophylaxie, ne paraît pas avoir comme curatif donné des résultats bien probants ; Nocard lui-même, l'inventeur du sérum prophylactique, ne croyait pas beaucoup à sa puissance curative.

Toutefois il ne faut pas oublier que certains faits ont paru probants. J'ai moi-même apporté ici, il y a longtemps déjà une obser-

vation dans laquelle il semblait bien que le sérum eut joué un rôle favorable, et peut être y a-t-il une raison pour expliquer les succès et les insuccès.

La question a repris de l'actualité avec les injections intra-cérébrales qui ne peuvent pas toutes être rejetées comme inactives.

A une époque récente on a apporté un fait nouveau dans la discussion, en donnant aux quantités de sérum injectées, soit dans le cerveau, soit dans le tissu cellulaire, des proportions considérables, infiniment supérieures à celles employées jusque-là.

Déjà en publiant une série de quatre cas d'injections intra-cérébrales suivis de succès le Dr Letoux de Vannes avait indiqué qu'il avait employé des doses infiniment plus élevées que celles utilisées jusque-là et il n'avait pas négligé d'y ajouter des injections sous-cutanées abondantes.

Ces grosses doses ont été employées avec un certain bonheur par les derniers expérimentateurs. Peut-être leur quantité donne-t-elle la raison de certaines différences entre les actions thérapeutiques.

Dans son rapport au dernier Congrès de Chirurgie de 1902, M. Vallas signalait des cas dans lesquels, par doses quotidiennes et progressives, de 30, puis 40 grammes, on avait injecté au total, sur le même sujet, 300, 400, 600 grammes de sérum ; et un cas dans lequel un nègre avait reçu 1.800 centimètres cubes de sérum antitétanique.

L'observation qui me parait constituer le record en ce genre est celle publiée par le Dr Galliard, qui à l'hôpital de Lariboisière a donné en un mois à un sujet, par la bouche et le rectum 500 grammes de chloral, et en injections sous-cutanées 2.380 centimètres cubes de sérum antitétanique.

On a dit que l'abondance des injections de sérum pouvait mener à la guérison en empêchant l'accumulation des toxines.

Il est difficile d'apprécier la valeur de cette théorie.

Mais les faits avec quelques succès sont assez nombreux au moins pour attirer l'attention des expérimentateurs.

M. Terrier. — Messieurs, je vous rapporte ici une observation, fort résumée d'ailleurs, d'un cas de tétanos chronique survenu dans des conditions assez anormales et assez inexplicables.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante ans entré dans le service de la clinique de l'hôpital de la Pitié le 20 octobre 1903. Avec une fracture ouverte et compliquée de l'humérus gauche.

Le jour même de l'entrée du blessé, on lui fit une injection antitétanique de 10 centimètres cubes de sérum.

Pendant quatre-vingt-sept jours, c'est-à-dire jusqu'au 14 janvier

1904, le malade, dont le bras fut conservé, fut pansé très régulièrement avec de l'eau oxygénée; la cicatrisation de la plaie était en très bonne voie, la fracture se consolidait parfaitement, après élimination de nombreuses esquilles.

Le 14 janvier, le blessé se plaint de douleurs au niveau des articulations du membre supérieur droit : poignet, coude et épaule; pas d'élévation de température.

Le 15, augmentation des douleurs; la température atteint 38 degrés ; tuméfaction des articulations, sueurs profuses. On pense à du rhumatisme articulaire aigu, d'autant que la fièvre augmente et atteint, le soir du 16, 38°8.

Le 17 amélioration. Régime lacté.

Le 20 janvier, difficulté d'avaler; l'examen de la gorge est négatif, mais le malade ne peut que difficilement ouvrir la bouche et remuer la langue.

Du 20 au 30 janvier, état stationnaire. La dysphagie persiste, et le lait passe seul.

Le pansement de la plaie est fait avec de l'eau oxygénée.

Le 31 janvier, insomnie, douleurs fulgurantes dans les jambes, trismus et raideur de la nuque. On prescrit de la poudre de Dower.

Les jours suivants, augmentation des phénomènes du côté des mâchoires et de la nuque; toutefois la tête est déviée latéralement avec une facilité relative à la remuer.

Le 5 février, augmentation des accidents, du côté de la déglutition, du trismus, de la raideur du cou et de la raideur des membres inférieurs.

Le 6 février secousses douloureuses des muscles de la face, rire sardonique. On administre, outre la poudre de Dower, 8 grammes de chloral. Crise de suffocation en prenant la solution de chloral.

Le soir, on fait une ponction lombaire, très difficile à exécuter, vu la contracture des muscles du rachis. On enlève 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, qu'on injecte sous la peau d'un cobaye, qui se porte bien depuis. La ponction semble soulager le malade.

7 *février.* — Douleurs déterminées par les crampes dans les jambes, et amenant des cris; les membres supérieurs sont intacts.

On refait une ponction lombaire dans l'après-midi; 10 centimètres cubes sont retirés. 5 centimètres cubes sont mélangés à 5 centimètres cubes de sérum antitétanique et le mélange est injecté dans le canal rachidien.

On continue le chloral (8 grammes) et la poudre de Dower.

8 *février.* — Amélioration du côté des jambes; crises douloureuses moindres comme fréquence. 12 grammes de chloral. Poudre de Dower.

9 *février.* — Amélioration très notable. Sommeil, crampes moindres, mais sensation de fatigue extrême. Trismus très diminué, même traitement.

11 *février.* — Le malade peut boire et avaler facilement. Le trismus a très notablement diminué. Les membres inférieurs, sauf le droit, sont dégagés; il n'y a plus de crises douloureuses.

12 *février*. — Trois crises de contracture de la jambe droite pendant la nuit. Amélioration très notable. Alimentation.

14 *février*. — Le malade se lève. Il a encore du trismus, mais léger. Disparition définitive des crises douloureuses.

Jusqu'au 20 février, amélioration constante. On continue le chloral à la dose de 12 grammes. Il y a encore quelques crampes passagères dans les membres inférieurs et les bras.

24 *février*. — Le malade est en voie de guérison complète, mais il accuse des douleurs en ceinture.

En résumé, un grand blessé, inoculé de sérum antitétanique dès son entrée à l'hôpital, et soigné par des injections et des lavages d'eau oxygénée, est pris, après sept jours, d'accidents simulant d'abord le rhumatisme articulaire aigu, puis de phénomènes tétaniques très nettement caractérisés.

Le traitement, d'abord dirigé contre les accidents rhumatismaux, est modifié, et l'on fait une ponction et une injection dans le liquide intra-rachidien d'une solution de sérum antitétanique. En même temps, on institue un traitement au chloral (8 à 12 grammes).

L'état de contracture des muscles du dos ne permet pas de renouveler l'injection intra-rachidienne.

Peu à peu, les phénomènes s'amendent après avoir été très caractéristiques du tétanos, et, actuellement, le malade peut être considéré comme guéri.

Ce qui paraît singulier dans ce cas, c'est : l'apparition si tardive du tétanos, après une injection primitive immédiate de sérum antitétanique; le pansement fait constamment avec de l'eau oxygénée, jusqu'à la guérison totale de la plaie, qui a eu lieu lors du début des accidents tétaniques; enfin la forme atténuée du tétanos, qui a guéri sans grande médication énergique.

Je voudrais seulement faire remarquer que la diminution bien nette des cas de tétanos après la castration du cheval date du jour où l'on a appliqué les procédés antiseptiques à cette opération.

Présentation d'instrument.

Catgut stérilisé.

M. Ricard présente un *catgut stérilisé* par un nouveau procédé dû à M. Triollet.

Il est bien démontré que la stérilisation du catgut à l'autoclave est la seule qui offre les garanties bactériologiques indispensables. Mais le catgut ne doit pas subir le contact de la vapeur d'eau, qui

le gélatinise et le rend friable. Aussi faut-il opérer en milieu strictement anhydre. L'alcool à 100 degrés, dont on se sert ordinairement pour cette stérilisation, s'hydrate aisément. D'où la fragilité trop fréquente du catgut stérilisé en milieu alcoolique.

Il est préférable de substituer l'acétone qu'on obtient plus facilement anhydre et qui conserve mieux, par conséquent, la solidité du catgut.

Toutefois, s'il est utile d'avoir un catgut stérile et solide, il est nécessaire aussi qu'il soit *souple*. Or, la souplesse ne peut s'obtenir qu'en présence d'eau. Cette eau étant nuisible *pendant* la stérilisation, mais indispensable *après*, il fallait trouver le moyen de l'ajouter au catgut, stérilisé en liquide anhydre, *sans ouvrir le flacon*. M. Triollet a résolu la difficulté en utilisant la différence des forces élastiques des vapeurs d'eau et d'acétone, à 120 degrés.

Le catgut est enroulé autour d'un petit flacon ouvert formant bobine, contenant la quantité d'eau qui sera utile pour l'assouplissement. Cette bobine, ainsi préparée, est placée dans un flacon qui renferme de l'acétone. On bouche ce flacon au moyen d'une bague métallique, sertie à la presse, qui assure une herméticité absolue et on porte le tout à l'autoclave, où il est soumis à une température de 120 degrés, pendant quarante-cinq minutes. Dans ces conditions de milieu et de température l'acétone dégage des vapeurs dont la force élastique correspond à 4 atmosphères 1/2, tandis que l'eau ne donne que 2 atmosphères. L'eau ne peut donc pas entrer en ébullition; elle n'émet pas de vapeurs; elle n'a, par conséquent, aucune action nuisible sur le catgut. Après refroidissement, il suffit de retourner le flacon; les liquides se mélangent et le travail d'assouplissement commence.

M. Tuffier. — Depuis bien des années je ne me sers que de catguts stérilisés par la chaleur. La vérification de leur stérilité est faite au moyen de l'ensemencement dans différents milieux de culture et je n'ai jamais eu le moindre incident qui leur soit imputable. Je ne croyais pas qu'à l'heure actuelle on fît usage de la stérilisation par les procédés chimiques.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 MARS 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Une lettre de M. ARROU qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à une place vacante de membre titulaire.

A propos de la correspondance.

M. HARTMANN dépose sur le bureau le volume qu'il vient de publier sur la *chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme*. — Ce volume fait partie du *Traité de thérapeutique chirurgicale et de médecine opératoire*, publié sous la direction de MM. Berger et Hartmann.

M. le PRÉSIDENT remercie M. Hartmann au nom de la Société.

M. KIRMISSON. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société de Chirurgie, de la part de M. Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, le second volume de son ouvrage sur les *Tumeurs de l'œil*. Celui-ci porte sur les tumeurs de l'orbite; il se fait remarquer par le nombre des observations qui lui sert de

base, en même temps que par la belle exécution de l'ouvrage et le soin avec lequel il est illustré. Son sujet le rend de nature à intéresser non seulement les opthalmologistes, mais tous ceux qui s'occupent de chirurgie générale.

M. le Président remercie M. Lagrange au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — M. Ricard nous a entretenus mercredi dernier d'un nouveau procédé de stérilisation du catgut conservant à ce dernier une résistance qui lui manquerait avec l'alcool. Je tiens à répéter que la stérilisation à l'alcool donne un catgut résistant, que le défaut de résistance vient du catgut lui-même, qu'il faut toujours essayer au préalable (voir Rapport à M. le préfet de la Seine, 1902, sur la stérilisation du catgut dans mon service). J'en ai du reste ici apporté des échantillons. L'alcool ne s'hydrate pas comme notre collègue l'a dit : cette hydratation ne survient qu'à la longue et nullement dans les conditions où l'on s'en sert pour le catgut. Quant à la souplesse, je préfère pour l'obtenir, au dispositif ingénieux mais compliqué de Ricard, la simple immersion du catgut pendant deux ou trois minutes dans l'eau stérilisée au moment de m'en servir.

Discussion.

Discussion sur l'appendicalgie (suite).

M. Walther. — Notre collègue M. Guinard a observé un certain nombre d'erreurs de diagnostic, et a très justement insisté sur la nécessité de toujours penser à l'appendicite chez les malades atteints de douleurs abdominales, et de toujours vérifier l'état de l'appendice au cours des laparotomies.

Voilà trop longtemps que je soutiens les mêmes idées pour ne pas approuver l'esprit de la communication de mon ami Guinard et ne pas appuyer ses conclusions.

Je sais bien qu'il s'est laissé entraîner par l'ardeur de sa foi, et qu'il a dit peut-être plus qu'il ne voulait dire; il a voulu trop prouver et n'a pas assez prouvé. On le lui a déjà suffisamment reproché.

Guinard a eu raison d'appeler encore l'attention sur ces erreurs

de diagnostic; elles sont fréquentes, elles sont innombrables, et presque tous les malades que nous voyons atteints d'appendicite chronique ont été le plus souvent soignés, et longtemps soignés, pour les affections les plus disparâtes, parfois les plus inattendues.

Cela tient à ce que l'appendicite est encore fort mal connue de beaucoup de médecins, ignorée de quelques-uns, et nous voyons encore couramment rejeter le diagnostic d'appendicite, parce que le malade n'a jamais eu de fièvre, de vomissements, de plastron ou d'empâtement dans la fosse iliaque.

Guinard nous a apporté plusieurs observations dans lesquelles l'appendicite à forme douloureuse avait été méconnue, masquée par une autre affection. Il me permettra de regretter qu'il ne nous ait pas donné avec plus de détails l'examen clinique de ses malades. C'est là en effet le point essentiel, et je crois que, sinon toujours, du moins presque toujours, le diagnostic exact est possible; il demande souvent une observation plus ou moins longue, des examens répétés, mais j'ai la conviction qu'on peut, dans presque tous les cas, arriver en clinique à reconnaître l'appendicite chronique, alors même qu'une autre affection, douloureuse par elle-même, semble dominer toute l'histoire pathologique.

J'ai dit une affection douloureuse par elle-même, et ici je fais allusion à l'exagération qui a été justement reprochée à Guinard. Il y a des fibromes douloureux, il y a des hernies douloureuses, et mon ami Guinard le reconnaîtra avec nous tous, j'en suis sûr.

Le reproche capital que je lui ferai, c'est d'avoir semblé considérer la douleur comme le seul signe de l'appendicite chronique, ou, tout au moins, comme le signe dominant, à ce point qu'il mériterait de caractériser l'affection qui devient l'*appendicalgie*.

C'est là, je le crois, une erreur nosologique. Nous savons, depuis Pilliet, que l'appendicite est caractérisée par une folliculite; Letulle nous a bien montré avec Weinberg l'évolution de ces folliculites qui se développent sourdement, progressivement, et qui peuvent aboutir à une sclérose plus ou moins profonde, plus ou moins étendue, sans poussée infectieuse aiguë. C'est une infection chronique qui peut être le point de départ d'une infection lymphatique, de la production d'adénopathies, absolument comme les formes aiguës de l'appendicite donnent lieu à une lymphangite aiguë, septique, du méso-appendice. Ceci, nous en avons la preuve anatomique. Je vous ai apporté ici, en 1900, une observation d'adénopathies multiples du méso-appendice chez une femme atteinte, depuis plusieurs années, d'appendicite chronique pure, ayant évolué sans avoir jamais été interrompue par une poussée aiguë.

Cliniquement, nous connaissons très bien aussi cette appendi-

cite chronique qui s'établit insidieusement, sans éclat, sans poussées aiguës, et qui est d'ordinaire, comme l'a montré Brun, dont le nom doit être cité ici, la phase de début, de durée variable, de l'appendicite aiguë.

Nous savons que cette appendicite chronique est caractérisée par des troubles digestifs, par des troubles généraux : amaigrissement, perte des forces, paresse intellectuelle, teint terreux, souvent augmentation de volume du foie, avec légère teinte subictérique, état saburral de la langue résistant à tous les régimes, céphalalgie, souvent des troubles cardio-vasculaires ; chez les enfants, arrêt de croissance ; en somme, troubles résultant d'une infection chronique. A tout cela se joint la douleur, variable d'intensité, de caractère, de siège.

L'appendicite chronique a donc des signes cliniques qui permettent de la reconnaître dans la plupart des cas, et, en présence de ces signes, nous devons porter le diagnostic d'*appendicite chronique*. Je rejette absolument, pour ma part, les termes d'*appendicite larvée*, d'*appendicite fruste*, de *pseudo-appendicite*, etc., qui n'ont pour objectif que d'indiquer qu'il n'y a jamais eu de crise aiguë d'appendicite et qui consacrent la méconnaissance de la véritable évolution de la maladie.

Je sais bien que tous les signes de l'appendicite chronique n'existent pas toujours au même degré ; suivant la prédominance de l'un ou l'autre, l'affection sera le plus souvent confondue : chez les enfants, avec l'entérite, l'entéro-colite, les affections hépatiques ; chez les adolescents, surtout avec l'anémie, un début de tuberculose ; plus tard, avec toutes les affections gastro-intestinales, les affections du foie, la cholémie, les affections rénales, les affections annexielles, etc. Je répète encore que je crois presque toujours le diagnostic possible par l'étude attentive des phénomènes généraux et l'examen local, la recherche de la douleur et l'exploration méthodique de la fosse iliaque et de l'angle iléo-cæcal.

Guinard m'objectera qu'il n'a eu en vue que les formes douloureuses de l'appendicite chronique. Mais la forme douloureuse pure est bien rare, et d'ailleurs il suffit de lire les observations qu'il nous a relatées pour y trouver incidemment indiqués les troubles digestifs, l'amaigrissement, l'état de fatigue, de faiblesse, etc.

J'arrive maintenant à la douleur et je demande à mon ami Guinard la permission d'examiner avec lui si les caractères mêmes de cette douleur justifient le terme d'appendicalgie. Il est indispensable tout d'abord de séparer la douleur spontanée de la douleur provoquée, et c'est là un point capital sur lequel on n'a pas insisté.

La douleur spontanée a un siège bien variable : souvent elle se manifeste à gauche, ordinairement à l'épigastre ou à l'ombilic ; quelquefois en arrière, au-dessus de la crête iliaque ; dans d'autres cas, au testicule, à la cuisse. Elle peut être nettement localisée à l'aine, à la base du triangle de Scarpa ; j'ai vu deux enfants traités depuis un certain temps pour une coxalgie, l'un par l'immobilisation au lit avec extension, et qui n'avaient qu'une appendicite chronique avec douleur crurale.

Comment dénommer toutes ces formes? Ce n'est pas appendicalgie que nous devrions dire, c'est épigastralgie, ombilicalgie, lombalgie, orchialgie, etc.; et nous devrions réserver le nom d'appendicalgie à la douleur spontanée qui siège dans la fosse iliaque au niveau de l'appendice, car je ne pense pas que Guinard veuille l'appliquer à la douleur provoquée. Et celle-ci seule nous permet, avec le concours des autres signes, d'établir le diagnostic. Ce n'est pas en effet parce qu'un malade souffre à l'épigastre ou à la région lombaire, contre la crête iliaque ou dans le testicule, que nous ferons le diagnostic d'appendicite chronique ; c'est parce que nous trouverons chez lui outre les signes d'infection chronique, outre cette douleur vague, à distance, la douleur localisée fixe, que nous révélera l'examen attentif répété, souvent difficile, de la fosse iliaque.

Le mot d'appendicalgie est donc mauvais, car il ne s'applique pas même aux différentes variétés de la douleur d'origine appendiculaire. Il créerait une véritable confusion en laissant croire que la douleur est le signe unique de l'appendicite chronique, et en faisant méconnaître les appendicites non douloureuses qui ne sont pas les moins intéressantes ni souvent les moins graves. Je demande à mon ami Guinard, au nom de la cause que nous défendons, de le supprimer, et je suis sûr qu'il l'abandonnera.

La question de la coexistence de l'appendicite chronique avec une autre affection abdominale, est si vaste qu'elle demanderait à être étudiée en autant de chapitres isolés. Dans les fibromes, dans les salpingites, dans les entérocolites, dans le rein mobile, dans les cholécystites, etc., l'appendice est bien souvent atteint et par des processus différents. Mais dans ces cas je crois encore le diagnostic le plus souvent possible, sauf parfois lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse, d'un gros kyste de l'ovaire, d'un gros fibrome, d'une salpingite droite volumineuse avec périsalpingite et adhérences épiploïques. Dans les cas ordinaires, l'exploration méthodique permet de reconnaître deux foyers bien distincts de douleur, séparés par une zone indolore à la pression.

L'étude de toutes ces formes diverses d'appendicite chronique coexistant avec d'autres affections abdominales et souvent provo-

quée par elles, comporterait un développement que je ne veux pas donner à cette simple réponse. Chacune de ces formes devrait être étudiée séparément et complètement, et je crois que cette étude ne serait pas infructueuse. Elle serait inopportune dans une discussion déjà longue et qui deviendrait confuse.

Il suffit de répéter ici la très grande fréquence de ces coïncidences, et d'insister sur l'utilité, sur la nécessité de la recherche de l'appendice au cours des laparotomies. Voilà plusieurs années que je fais toujours la recherche et presque toujours l'ablation de l'appendice, chaque fois que j'ouvre l'abdomen pour un fibrome, pour une salpingite, et je n'ai jamais eu à le regretter. Cette recherche ménage souvent des surprises. Il arrive parfois de trouver un appendice très altéré dans des cas où aucun signe ne pouvait le faire prévoir. En voici un exemple typique. L'an dernier, j'opérai pour un gros fibrome une jeune fille de belle apparence, de robuste constitution, que m'avait confié mon maître et ami M. Kirmisson. Le fibrome enlevé, je recherchai l'appendice; il était énorme, très vascularisé, et lorsqu'après l'opération je l'ouvris pour me rendre compte de ses lésions, je le trouvai absolument plein de pus phlegmoneux. Or avant l'opération, en examinant attentivement cette malade je n'avais rien trouvé, ni comme signes généraux ni comme signes locaux, qui pût faire même soupçonner l'existence d'une appendicite; et je vous assure que je fais toujours avec soin cette recherche. J'ai vu encore un cas semblable, avec appendicite purulente; je ne compte pas les cas d'appendicite chronique pure, de folliculite plus ou moins accentuée, et dans lesquels le plus souvent j'avais pu cliniquement reconnaître l'affection.

Il faut donc toujours chercher et peut-être toujours enlever l'appendice.

Cette pratique, du reste, est aujourd'hui adoptée par beaucoup d'entre nous, mais il est peut-être utile d'y insister une fois de plus.

Sur le tétanos.

M. Bazy. — Lorsqu'en 1896, je suis venu plaider la cause des injections préventives de sérum antitétanique, il était question de leur inutilité.

Je crois que depuis ce moment, les événements se sont chargés de donner raison à l'injection préventive de ce sérum qui est, je

crois, adoptée par tous les chirurgiens. Et ne sauverait-on que quelques vies par an, que, vu l'innocuité absolue de ces injections, il faudrait continuer à les employer.

Actuellement, il n'est plus question, si je ne me trompe, que de leur efficacité.

Je m'occuperai d'abord de la première question : l'inutilité des injections. A ce point de vue, les remarques faites par M. le professeur Terrier dans la dernière séance sur le rôle qu'ont joué et que jouent encore l'antisepsie et l'asepsie dans la diminution des cas de tétanos sont tout à fait justes : elles étaient, au reste, déjà faites dans la thèse de mon élève Boudaut (*Thèse*, Paris, 1896).

En effet, l'asepsie des plaies est une mauvaise condition pour le développement du tétanos.

Les expériences de M. Vaillard ont démontré que l'on peut inoculer sans danger à un cobaye de 1.550.000 à 2.500.000 germes si l'on n'inocule que ces germes purs et sans toxine.

Si, au contraire, on inocule avec eux des germes pathogènes (*germes favorisants*), il suffit de quelques spores pour donner le tétanos à ces mêmes cobayes. Il en est de même si l'on injecte dans le péritoine des cobayes quelques spores réparties sur du sable fin et incluses dans du papier Berzélius.

C'est que, dans les deux cas, la phagocytose s'exerce soit sur les germes pathogènes étrangers, soit sur le papier Berzélius et, occupée uniquement par ces éléments étrangers, elle permet, elle n'empêche pas la germination des spores tétaniques, et par suite la production de la toxine dont l'introduction dans l'organisme est seule dangereuse.

Il en résulte que la pratique de la chirurgie aseptique met à l'abri du tétanos, et qu'en pratiquant cette chirurgie on se place dans les meilleures conditions pour supprimer le tétanos.

Mais si l'on est maître de l'asepsie des plaies que l'on crée, il n'en est pas de même des plaies accidentelles, des plaies résultant d'accidents, et en particulier d'accidents qui ont eu pour cause des chutes sur le sol, des plaies qui peuvent être souillées par les matières répandues sur le sol. Nul ne peut se prétendre maître de l'aseptisation ou de l'asepsie de ces plaies. Or, il suffit que ces plaies soient infectées pour que la phagocytose ne puisse pas s'exercer utilement sur les germes tétaniques.

On peut encore analyser plus à fond le problème. En effet, nous savons que le microbe du tétanos agit seulement par la toxine qu'il sécrète. Or, le sérum antitétanique n'agit qu'en mettant les cellules de notre organisme dans des conditions qui lui permettent de résister à l'influence funeste de cette toxine.

Nous savons, d'autre part, que l'action du sérum antitétanique

n'est que temporaire, comme, du reste, celle du sérum antidiphtérique, du sérum antipesteux. Si donc il y a au niveau de la plaie continuation de la fabrication de la toxine, dès que l'action de l'antitoxine est épuisée (et cela a lieu au bout de dix à douze jours, quinze jours au plus tard), une nouvelle quantité de toxine tétanique, fabriquée par les spores toujours vivantes, venant imprégner les cellules nerveuses qui ne sont plus immunisées par l'antitoxine, le tétanos se développera.

Or, ces conditions sont remplies dans les plaies infectées. Les leucocytes occupés à détruire les germes pathogènes banaux, laissent les spores tétaniques germer et produire leur toxine qui, inactive, tant que l'organisme est préservé par l'antitoxine, devient nocive dès que cette action préservatrice a disparu.

C'est pourquoi, dans les plaies infectées, il faut *renouveler les injections tous les dix, douze* jours au plus tard.

Il en résulte encore qu'il ne faudra pas accuser d'infidélité le sérum antitétanique, lorsqu'on verra se développer le tétanos chez un malade dont une plaie est plus ou moins infectée, et chez lequel on se sera borné à *faire une seule* injection préventive de sérum antitétanique.

Aussi, dans mon service, les surveillantes ont-elles reçu l'ordre de faire aux blessés dont les plaies sont infectées des injections de sérum antitétanique tous les dix jours. Et j'ajoute qu'il n'y a pas eu, dans mon service, de tétanos autre que les deux que j'ai indiqués autrefois, ici même, un chez un enfant pendant mes vacances et celles de ma surveillante habituelle (ce qui fait qu'on n'avait pas fait d'injection), et un deuxième chez un homme opéré, par incision simple, d'une hernie étranglée gangrenée; et chez celui-ci on a retrouvé le bacille de Nicolaier dans l'intestin, d'où il était sorti pour inoculer la plaie, ce que nous n'avions pas prévu.

On peut, en outre, ajouter que quelques conditions de l'intoxication par la toxine tétanique nous échappent.

En effet, ainsi que l'a encore démontré M. Vaillard, les spores du tétanos résistent pendant longtemps à la destruction par les phagocytes.

Cet auteur a pu, en examinant une région où il avait fait une injection de spores tétaniques, retrouver, soit dans les leucocytes qui ne les avaient pas encore absorbés, soit en dehors d'eux, des spores injectées deux et trois mois auparavant.

Supposons donc que, dans des cas analogues, les phagocytes défaillent avant d'avoir détruit toutes les spores tétaniques, on pourra voir se développer tardivement un tétanos, qu'on qualifiera de spontané si on ne retrouve pas la porte d'entrée, ou, si on a fait une injection préventive, on accusera le sérum antitétanique

d'avoir failli, alors qu'il ne sera en rien responsable, puisque nous savons que son action n'est que temporaire, et qu'il faut le renouveler à échéances déterminées.

M. Walther. — Dans la dernière séance, M. Terrier a parlé de la difficulté qu'on éprouve à faire, chez les tétaniques, les ponctions intra-rachidiennes. Chez le malade que je vous ai présenté l'année dernière, les injections rachidiennes de sérum antitétanique n'avaient pu être faites que sous l'anesthésie chloroformique. Cette anesthésie a encore pour avantage d'atténuer et même de supprimer les crises. De sorte que, dans ce cas, concurremment avec les injections de sérum (au nombre de trois) et le traitement chloralé, on a continué les inhalations de chloroforme pour arrêter les crises à leur début. Je crois que celles-ci n'ont pas été sans influence sur la guérison, bien qu'il s'agît d'un tétanos aigu à forme très grave.

M. Rochard. — Je rappellerai à M. Walther que la méthode d'anesthésie, comme méthode curative du tétanos, a été proposée et employée déjà par un chirurgien dont le nom m'échappe, mais qui paraît en avoir obtenu de bons résultats.

Quant à l'injection intra-rachidienne de sérum antitétanique, je m'étais proposé de l'employer jusqu'à la lecture d'un travail de M. Sicard qui disait n'en avoir eu que des effets nuls. Mais, depuis, j'ai pris connaissance de nouvelles observations de M. Sicard qui a guéri trois tétaniques, si j'ai bonne mémoire, par les injections intra-rachidiennes, et je me propose, à la prochaine occasion, de les employer après anesthésie préalable du malade.

M. Delorme. — Je crois bien me rappeler que c'est Simonin, de Nancy, qui a préconisé et employé le premier ou des premiers le chloroforme dans le traitement du tétanos.

M. Bazy. — Les expériences sur les animaux démontrent que les injections intra-rachidiennes, dans le traitement du tétanos, sont supérieures aux autres modes d'injection.

Rapports.

Sur un cas de kyste du méso-côlon transverse, par M. Potel (de Lille).

Rapporteur, M. L. PICQUÉ.

Il y a quelque temps, M. Potel, de Lille, a adressé à la Société un cas de kyste du méso-côlon transverse qu'il envisage surtout au point de vue de la pathogénie, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur cette question.

La pathogénie des kystes de l'abdomen est une question très complexe que je ne puis aborder devant vous à propos du cas qui nous est adressé.

Il est certain que les études très complètes qui ont été faites dans ces dernières années sur le développement du péritoine, nous ont donné l'explication naturelle d'un grand nombre de ces kystes.

Dérivent-ils tous des organes segmentaires situés chez l'embryon au niveau de la colonne vertébrale? Peuvent-ils reconnaître une autre origine? Telle est la question. Jadis Rokitansky, puis Potain dans sa thèse de 1860, admettaient que certains de ces kystes pouvaient reconnaître pour origine la transformation kystique d'une ancienne adénite tuberculeuse.

Potel, dans un travail publié en 1902 dans l'*Écho médical du Nord*, s'est fait le défenseur de cette vieille doctrine née avant les travaux récents d'embryologie.

Il nous apporte un fait nouveau que je ne vous présente que parce que la pièce a été l'objet d'une étude intéressante de la part de M. Gellé, le chef des travaux d'anatomie pathologique de la Faculté de Lille.

Je rapporterai brièvement la partie clinique :

Il s'agit d'une iemme de trente-deux ans, présentant des antécédents héréditaires personnels et actuels de tuberculose ganglionnaire. L'histoire de son kyste est simple. Depuis trois ans, elle a vu apparaître dans la région épigastrique une tumeur qui s'est accrue peu à peu.

Au moment où M. Potel l'examine, la tumeur a le volume du poing, elle est liquide et présente une grande mobilité. Il n'existe aucun trouble fonctionnel.

L'opération démontre que la tumeur siège entre les deux feuillets du méso-côlon transverse. Le côlon passe au devant de la tumeur. L'intestin st incliné vers l'ombilic, et le feuillet péritonéal supérieur est incisé.

La décortication est aisée en avant, mais pénible vers les parties profondes : la tumeur se prolonge en effet vers la colonne vertébrale, en avant de la veine cave. Il n'existe pas de pédicule. Le liquide qu'elle contient a une coloration jaune sale.

Au cours de l'opération, M. Potel extirpe un ganglion gros comme une forte amande dont une portion jaunâtre, caséeuse, apparaît à travers la coque.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

L'examen pratiqué à la Faculté de Médecine de Lille a donné les résultats suivants :

Paroi du kyste. — La paroi du kyste est formée par une lame de tissu conjonctif de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. Elle ne présente, ni sur sa face interne, ni sur sa face externe, aucune trace de revêtement épithélial. Elle est formée de deux couches d'aspect distinct :

1° Une couche externe formée de fibres conjonctives parallèles légèrement ondulées, encore nettement séparées les unes des autres, mais présentant cependant un certain degré de tuméfaction œdémateuse, avec un aspect homogène. Ces fibres ne sont plus nettement striées en long.

2° Une couche interne, à peu près d'égale épaisseur. A ce niveau, les fibres deviennent de plus en plus hyalines et subissent enfin une dégénérescence hyaline totale. Dans toute cette zone, on ne trouve plus que des vestiges de fibres qui se décomposent en un fin réticulum hyalin.

Dans la couche externe, il existe des orifices vasculaires. On trouve également de nombreuses cellules conjonctives entre les faisceaux.

Dans la couche interne, on ne trouve que des fissures irrégulières qui paraissent être des vestiges de vaisseaux. Les cellules conjonctives ont disparu. On ne trouve que quelques leucocytes immigrés.

Ganglion. — Il existe dans le ganglion deux foyers de nécrobiose macroscopiquement visibles. Ces foyers sont entourés d'une zone de tissu conjonctif scléreux formé par des nappes de fibres conjonctives parallèles. Cette zone présente incontestablement une certaine analogie d'aspect avec la paroi du kyste. Comme dans cette paroi, les fibres conjonctives qui forment la coque du foyer nécrotique sont tuméfiées, homogènes, et se transforment par places en nappes hyalines. Elles présentent d'ailleurs en certains endroits les réactions de la substance hyaline.

Le contenu des foyers nécrotiques est formé par un tissu homogène dans lequel aucun élément histologique ne peut plus être décelé. Sur les bords du foyer, cependant, au contact de la coque fibro-hyaline limitante, les fibres conjonctives semblent se résoudre en un fin réticulum qui pénètre dans le tissu nécrobiotique, et limite de fines mailles dans lesquelles on reconnaît les vestiges d'éléments cellulaires nécrosés et colorés en masse.

Tous ces détails se perdent dans le centre du foyer, où les tissus ne forment plus qu'une masse homogène.

En examinant de plus près la coque fibreuse du foyer nécrobiotique, on arrive à déceler en quelques endroits des cellules géantes évidentes entourées d'une petite zone de tissu réticulé, comme cela se voit dans les vieilles lésions tuberculeuses.

En résumé, le foyer nécrotique du ganglion semble bien être formé aux dépens du tissu ganglionnaire lui-même, encapsulé par une coque fibro-hyaline. Les cellules géantes qui persistent dans cette coque

l'aspect caséeux du foyer, son état nécrobiotique, autorisent à lui assigner une origine tuberculeuse. Quant à la paroi du kyste, elle offre avec la coque du foyer nécrobiotique des analogies remarquables même structure conjonctive, même transformation hyaline. Cependant, il nous a été impossible d'y déceler des traces de lésions tuberculeuses.

A propos de cette observation, je ne présenterai que les observations suivantes :

L'une est d'ordre anatomique.

Il existe en réalité des ganglions lymphatiques à la racine du méso-côlon qui peuvent être, soit des ganglions de l'intestin grêle dans l'extrémité supérieure du mésentère, soit des ganglions du côlon transverse lui-même ; peut-être même des ganglions prévasculaires (en avant de l'aorte et de la veine cave inférieure) : Pourraient-ils, en devenant kystiques, dédoubler le mésentère et le méso-côlon transverse? M. Potel ne s'explique pas sur l'origine possible des ganglions, et il se borne à nous dire que la tumeur tenait dans le fond à la veine cave inférieure.

La deuxième observation découle elle-même de l'examen de M. Gellé, qui montre une sorte de transition histologique entre le ganglion tuberculeux et le kyste complètement formé.

Est-on autorisé à conclure de ces constatations anatomo-pathologiques à la vieille théorie pathogénique de Potain dans certains cas particuliers?

C'est un point que je ne veux pas trancher, et sur lequel je demande l'avis de mes collègues.

Messieurs, je vous propose d'adresser : 1° des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son observation dans nos archives.

M. Routier. — La pathogénie des kystes du péritoine ne me paraît pas encore bien établie.

J'ai opéré il y a deux mois environ une jeune femme de trente-deux ans qui ayant eu deux enfants avait eu à sa dernière couche il y a sept ans quelques troubles pour lesquels elle avait été curettée.

Depuis elle avait encore souffert du ventre, et elle me fut présentée comme atteinte de fibrome.

Après examen, je déclarai qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche et en outre d'une appendicite chronique.

Quand j'ai pratiqué la laparotomie, j'ai trouvé adhérent à la paroi antérieure par un petit pédicule très court, peu vasculaire un kyste gros comme une tête de fœtus à terme, contenant un liquide clair (non hydatique) absolument indépendant des annexes; j'ai enlevé la poche, et les histologistes qui l'ont examinée n'ont pu se prononcer pour en expliquer la pathogénie; il y avait une poche fibreuse tapissée d'épithélium plat à larges cel-

lules; ce n'était pas un diverticule de l'ouraque; en somme, nous n'avons pas pu expliquer son développement.

L'appendice était malade, avec un calcul fécal et deux brides de rétrécissement.

La malade est parfaitement guérie.

Communication.

Sur l'hydronéphrose intermittente,

par M. BAZY.

Dans un mémoire paru dans la *Revue de Chirurgie* (20 janvier, 1903), j'ai essayé de démontrer que l'hydronéphrose intermittente devait être rattachée à une disposition particulière du bassinet, disposition congénitale, plutôt qu'au rein mobile suivant la théorie de Landau, Terrier et Baudouin.

Cette disposition congénitale je ne l'ai trouvée que sur quelques bassinets, sur une centaine que j'ai examinés et sur soixante-treize que j'ai fait dessiner à la chambre claire d'après des moulages qu'a bien voulu faire le Dr Marcille, sur mes indications.

Pour me faire comprendre, je rappellerai que j'ai divisé les bassinets en :

1° Extérieurs, c'est-à-dire ceux qui font saillie hors du rein.

2° Intérieurs, c'est-à-dire ceux qui sont assez petits pour ne point faire saillie hors du hile; parmi ceux-ci, quelques-uns même n'évident pas.

3° Enfin les mixtes ou intermédiaires.

Les premiers seuls sont ou paraissent intéressants, ceux-là seuls me paraissent susceptibles de donner lieu à l'hydronéphrose intermittente, non pas que tous ne soient susceptibles de se dilater sous l'influence d'un obstacle siégeant sur l'uretère, soit dans son embouchure, soit dans sa continuité. Mais ce sont surtout les bassinets primitivement développés qui sont susceptibles de grosses hydronéphroses, tout comme les grandes vaginales sont susceptibles de volumineux hydrocèles.

Et parmi ces bassinets extérieurs, une seule des catégories suivantes est prédisposée à l'hydronéphrose. En effet parmi ces bassinets extérieurs je distingue *a*) les *horizontaux*, avec une variété les *bassinets en cornemuse*, ceux qui s'étalent en dedans et d'où nait presque perpendiculairement à leur axe transversal l'uretère; *b*) les *obliques*, et *c*) les *verticaux*, ceux-ci étant ou non *infundibuliformes*.

Ces derniers, sont évidemment incapables, de la forme d'hydronéphrose que nous étudions, et ce sont surtout les bassinets horizontaux et les bassinets en cornemuse qui fourniront l'hydronéphrose intermittente.

Ceci étant dit, j'ai donné les preuves suivantes de l'absence de relation entre le rein mobile et l'hydronéphrose intermittente.

1° La rareté extrême chez l'homme du rein mobile, qui n'a presque jamais, du reste, la mobilité qu'il acquiert chez la femme, et la fréquence relative des hydronéphroses chez l'homme par rapport à celles qu'on observe chez la femme.

2° La fréquence des hydronéphroses à gauche par rapport à celles qu'on observe à droite, et la rareté relative du rein mobile à gauche comparée au rein mobile droit, de telle sorte que, si on voulait tenir compte de tous ces éléments, on ne devrait, étant donnée la rareté relative des hydronéphroses intermittentes par rapport à la fréquence au rein mobile, on ne devrait voir des hydronéphroses intermittentes que *chez la femme* et *du côté droit*.

Ce n'est pas à dire pour cela que l'hydronéphrose ne puisse s'observer dans un rein mobile. Celui-ci peut avoir un bassinet conformé comme celui qui permet l'hydronéphrose intermittente. Mais celle-ci est alors la conséquence non de la mobilité rénale, mais de la conformation du bassinet : il y a coïncidence seulement.

J'ai dit et je répète que ce qui a déterminé l'erreur, c'est que l'on a pris pour la cause ce qui n'était que la conséquence ; car la ptose et par suite la mobilité rénale, est la conséquence de l'augmentation de poids et de volume du rein, déterminée par l'accumulation du liquide dans le bassinet.

Comme je l'ai indiqué dans mon mémoire, c'est par la stagnation plus ou moins temporaire ou plus ou moins prolongée sous l'influence d'une compression temporaire de l'uretère ou même d'une étape physiologique de l'urine dans la vessie, que la dilatation du bassinet se produit. Quand cette dilatation est suffisante, le rein augmenté de poids tombe.

Cette ptose est d'abord intermittente ; plus tard elle devient définitive, à cause des adhérences qui se forment entre le bassinet et les régions voisines, entre le bassinet et l'uretère. Elles font que la coudure temporaire de l'uretère devient définitive, que cet uretère qui était simplement accolé au bassinet distendu et formant poche, et pouvait en être séparé facilement, finit par y adhérer et rend permanente une disposition qui n'était que transitoire.

Il faut de même regarder comme une illusion, comme une apparence, cette disposition qui fait du passage de l'uretère sur

une branche artérielle, de son chevauchement sur cette branche et à sa coudure sur elle la cause de quelques hydronéphroses.

Ce chevauchement, cette coudure, ne sont que secondaires. Elles sont secondaires du développement de la poche.

Nous savons tous que la formule classique suivant laquelle l'artère est en avant du bassinet et de l'uretère comporte de nombreuses exceptions, de même que la disposition des branches artérielles qui fournit l'artère rénale.

Celles-ci peuvent être plus ou moins nombreuses : leur division peut se faire plus ou moins loin de leur entrée dans le bassinet et leur position par rapport à l'uretère et au bassinet est très variable. Les unes se jettent dans le rein en avant, d'autres en arrière, et quelquefois enfin la branche inférieure peut passer entre le bassinet et l'uretère.

C'est sur celle-ci que l'uretère va se couder, ou plutôt c'est sur elle qu'il va chevaucher. Ce chevauchement pourra peut-être aider à la production de l'hydronéphrose, mais il n'en sera pas le principal facteur ; elle se serait produite malgré une disposition différente de cette branche artérielle.

Ce chevauchement s'explique de la manière suivante.

La branche artérielle a un point fixe : c'est son insertion sur l'artère rénale, et un point mobile mais peu mobile : c'est le point où elle pénètre dans le rein ; le point fixe est le supérieur, le point mobile est l'inférieur. L'uretère a, lui aussi, un point mobile ; mais ce point mobile est le supérieur, et ce point mobile suivra les mouvements de la portion du bassinet sur laquelle il s'insère et de celle qui a les plus grandes tendances à se développer, c'est-à-dire la partie inférieure, celle qui joue, par rapport au bassinet, le rôle de bas fond. De sorte que, tandis que la branche artérielle restera fixée, l'extrémité supérieure de l'uretère descendra, et tendra de plus en plus à croiser l'artère ; et à un moment donné elle la chevauchera complètement. Dès que ce chevauchement aura commencé à se produire, l'hydronéphrose tendra peut-être à se développer de plus en plus, cette artère pouvant aplatir de plus en plus la lumière du canal.

C'est ce qui s'est produit sur l'un des deux cas d'hydronéphrose intermittente dont je publie l'observation et qui ont été le sujet de cette note. En somme on reproduirait cet aspect et cette disposition si on venait à tirer le bassinet en bas par son extrémité inférieure, à l'allonger. On entraînerait ainsi la partie inférieure du bassinet et l'orifice pyélo-urétéral. L'artère restant relativement fixe, cet orifice descend de plus en plus derrière, puis au-dessous de cette branche artérielle, et l'uretère forme une crosse qui se met à cheval sur la branche artérielle.

Observation. — K... (Marie), domestique, trente-quatre ans. Entre salle Huguier, n° 12 *bis*, le 17 juillet 1903; numéro du registre : 454.

Pas d'antécédents personnels. Réglée à quatorze ans et toujours très bien réglée. Pas d'enfants.

S'est aperçue, il y a un an, qu'elle grossissait, et en même temps s'apercevait de la présence d'une tumeur dans le flanc droit. Cette tumeur donnait lieu à une sensation de poids, mais ne déterminait et n'a jamais déterminé de souffrance.

Elle vient à la consultation à l'hôpital, où on lui aurait fait, avec la seringue de Pravaz, une ponction qui aurait, dit la malade, été négative. D'après les renseignements recueillis, on aurait retiré un liquide aqueux.

Quoi qu'il en soit, la malade aurait éprouvé, après, un très grand malaise et vomi deux fois.

Elle pense que, depuis la ponction, la tumeur avait diminué. Elle n'a jamais eu d'urticaire.

Quand je l'examine, je trouve dans le flanc droit une tumeur arrondie, mate, molle, paraissant fluctuante, mesurant environ 12 centimètres dans le sens vertical et 15 dans le sens transversal.

Elle va de la ligne médiane au flanc droit qu'elle déforme et repousse.

On peut la faire remonter dans les fausses côtes où elle se cache en partie, et d'où on peut la faire descendre. On peut mettre alors le doigt entre elle et le rebord costal.

Il semble qu'il y ait là une attache profonde. La matité est en connexion avec la matité hépatique. Par la pression, elle ne se met pas en contact intime avec la fosse lombaire.

Les jours suivants, elle augmente rapidement de volume, de sorte que le diagnostic d'hydronéphrose s'impose.

On fait la séparation intra-vésicale des urines avec l'appareil de Luys, le 28 juillet. On le laisse trente minutes, et on recueille :

A gauche, 20 centimètres cubes d'urine jaune pâle avec de nombreux flocons en suspension ; à droite, à peine 1 centimètre cube.

Voici, sur le même tableau, les analyses de :

1° L'urine totale recueillie la veille de la séparation ;

2° L'urine recueillie avec le séparateur, du côté gauche ;

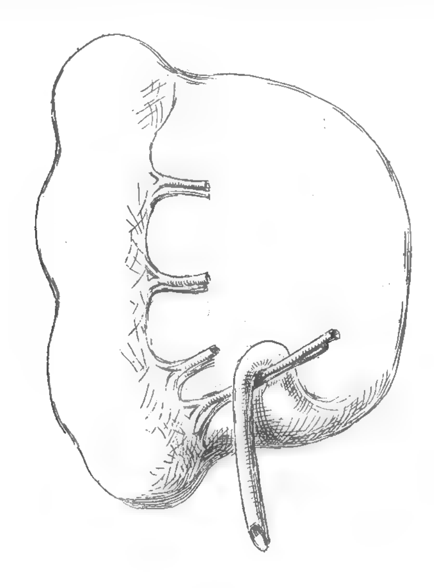
3° L'urine recueillie pendant l'opération dans la poche hydronéprotique.

	Poche hydronéphrotique.	Urine totale avant l'opération.	L'urine du rein gauche seul.
Volume. . .	1.725	1.125 cc.	15 cc
Densité. . .	1.010	1.022	»
Réaction . .	Neutre.	Légèrement acide.	»
Urée	3,16	21,90	25,97
Ac. urique.	Traces impondérables.	0,47	»
Chlorures. .	5,054	10,906	12,625
Albumine. .	Précipité abondant.	0	traces.
Sucre. . . .	0	0	0

Analyse de l'urine après l'opération.

	Volume.	Densité.	Réaction.	Urée.	Chlorures.	Albumine.
	—	—	—	—	—	—
1er août.	490	1.032	Acide.	26,06	10,105	0
2 — .	860	1.025	—	23,58	7,581	0
3 — .	800	1.028	—	20,30	7,256	0
4 — .	395	1.032	—	26,68	4,282	traces.
5 — .	550	1.026	Alcaline.	21,71	4,921	0
6 — .	620	1.024	—	17 »	4,655	0
8 — .	960	1.019	—	20,30	6,584	traces.
10 — .	810	1.020	—	22,06	9,31	

Opération : Néphrectomie. — Incision de 10 centimètres environ le long du bord externe du grand droit. L'abdomen ouvert, on voit immé-



diatement la tumeur. Après incision du péritoine, on fait une ponction pour recueillir le liquide. Il s'en écoule 1 lit. 3/4 (1.725 grammes). Ce liquide a la teinte urineuse. Quand tout est évacué, on décolle le tissu cellulaire qui entoure le bassinet. Ce décollement est difficile, et on voit qu'il y a là un travail d'adhérences, comme s'il y avait de la péripyélite.

On recherche l'uretère, qui est appliqué contre la paroi du bassinet, de laquelle il a fallu le détacher par dissection. En remontant pour chercher l'embouchure de l'uretère, on s'aperçoit qu'il est croisé par des vaisseaux qui passent en arrière de lui et sur lesquels l'uretère forme une crosse avant de s'insérer sur le bassinet. Au reste, cet uretère s'ouvre dans les deux tiers inférieurs du bassinet, et le sommet de la crosse est maintenu fixe par des adhérences au bassinet. L'artère sur laquelle l'uretère se réfléchit se rend dans le pôle inférieur du

rein. On remarque d'autres vaisseaux qui se rendent dans d'autres parties du rein. On introduit le doigt dans le bassinet qui est épaissi, et dont la face inférieure est blanchâtre. Dans sa cavité viennent se rendre les cavités secondaires des calices, dont quelques-uns sont très dilatés.

On hésite un certain temps pour savoir si l'on doit faire l'abouchement ou si on enlèvera le rein. Après avoir constaté le peu d'épaisseur de la substance rénale et, par suite, son peu de valeur fonctionnelle, on décide de l'enlever. On commence à dégager le bassinet, et on remarque que cela est laborieux, ce qui résulte évidemment des adhérences venant d'un état inflammatoire antérieur. La capsule du rein est épaissie, blanchâtre, et adhère si bien à la substance corticale que quand on veut la détacher, on entraîne une certaine épaisseur du tissu qui, d'ailleurs, semble peu apte à un bon fonctionnement. Ces adhérences existent tout aussi bien à la partie antérieure qu'à la partie postérieure du bassinet. Pour enlever le rein, on est obligé de lier le pédicule sur lequel se coude l'uretère, et trois autres vaisseaux échelonnés sur la face antérieure du bassinet.

Cela fait, on met un drain, on suture le péritoine postérieur et l'antérieur, de façon à isoler cette loge du péritoine.

Chlorure d'éthyle, chloroforme.

Suites régulières. Guérison.

OBS. II. — *Hydronéphrose intermittente gauche par obstacle à l'embouchure de l'uretère. Section simple des brides fibreuses. Guérison.*

Mme C..., trente ans, deux enfants, sans antécédent, m'est envoyée par mon ancien interne et ami, le Dr Témoin (de Bourges).

Pas d'antécédents notables.

Il y a six ans, trois mois après son accouchement, aurait eu une crise de douleurs dans le flanc gauche qui aurait duré six heures.

Elle aurait eu cinq ou six crises analogues, de quelques heures de durée pendant les quatre ans qui ont suivi.

Depuis le mois de juin 1901, elle aurait eu deux crises qui auraient duré de vingt à vingt-cinq jours.

Elle en a une qui dure actuellement depuis dix-huit jours (18 mai 1903).

Je constate dans la région du rein gauche (je passe les symptômes rapidement en revue) une tumeur du volume d'un petit œuf d'autruche environ, prenant contact avec la fosse lombaire, mobilisable d'avant en arrière, lisse, régulière, rénitente, douloureuse à la pression.

Le rein droit est légèrement mobile.

Je l'opère le 4 juin 1903.

Incision le long du bord externe du muscle grand droit. Le péritoine ouvert, on incline le côlon en dehors.

On ponctionne le kyste avec un trocart. La paroi est assez friable pour que l'orifice du trocart se déchire un peu, de sorte qu'il passe un liquide rosé entre le trocart et les bords de l'orifice.

On peut tout de même en recueillir 245 grammes. La paroi du bassinet est friable, la face interne est rouge.

Je cherche l'uretère et le trouve facilement : il n'est pas dilaté.

A travers l'orifice élargi de la ponction, je cherche à cathétériser l'uretère de haut en bas, mais je ne puis y arriver que difficilement. L'orifice est rétréci par une bride fibreuse contenant une veine qui applique l'uretère contre la paroi du bassinet.

Je coupe cette bride qui a 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et le cathétérisme peut se faire facilement.

Je ferme l'ouverture créée au bassinet par deux plans de suture au catgut nº 1 placés à la Lembert, et après avoir réséqué une petite étendue de la paroi.

Le rein paraît assez épais en bas, moins en haut. On coupe encore quelques brides extrinsèques qui pourraient couder ou aplatir l'uretère. Je fixe la capsule périrénale et je ferme l'incision abdominale par trois plans de suture après avoir mis un drain dans la loge rénale isolée du péritoine par la suture du péritoine postérieur au péritoine antérieur.

Soir : L'urine est sanglante. Température, 37 degrés.

5 juin : L'urine continue à être sanglante, rouge.

Soir : L'urine est très peu sanglante.

6 juin : Le sang reparaît dans l'urine, et il persiste le 7 et le 8.

Le 8 juin : J'enlève le drain qui s'était complètement enfoncé dans la plaie ; peut-être est-ce lui qui a par sa pression prolongé l'hémorragie.

Le 9 juin : Le sang diminue.

Le 10 juin : Il disparaît.

Comme les suites ont été apyrétiques et aseptiques, je ne les ai pas notées ici au jour le jour.

Les sutures sont enlevées le 17. Réunion parfaite.

Je l'ai revue le 20 février ; elle a eu deux petites hématuries un mois et un mois et demi après son retour chez elle. Quelques jours avant sa venue, elle aurait eu du côté droit, le côté non opéré, quelques douleurs et l'urine colorée en brun pendant trois jours.

Au demeurant, elle ne sent plus son côté gauche, et se porte très bien, à part un certain état nerveux antérieur au mal et indépendant de lui.

Voici l'analyse du liquide extrait, par ponction, du bassinet. Elle a été faite par mon interne en pharmacie Lemarquand :

Volume	245 grammes.
Couleur	Rouge sang.
Réaction.	Très faiblement acide.
Urée.	1 gr. 50 p. 1000.
Chlorures	7 gr. 60 —
Phosphates	0 gr. 80 —

Au microscope, grand nombre de globules rouges; phosphate de chaux ; urate d'ammoniaque.

M. Poirier. — L'examen du dessin que nous fait passer Bazy paraît démontrer que la coudure de l'uretère sur l'artère rénale

anormale est consécutive à la dilatation du bassinet, c'est-à-dire qu'elle est conséquence et non la cause de l'hydronéphrose.

M. Pierre Delbet. — A l'occasion de la communication de notre collègue Bazy, je voudrais vous rapporter deux cas d'hydronéphrose que j'ai traités par l'urétéropyélostomie.

Je serai bref sur la première qui est déjà ancienne et que j'ai communiquée à l'Académie de Médecine. Autant que je me rappelle, l'hydronéphrose était presque permanente. Après avoir mis le rein à nu, je constatai que l'uretère s'insérait très haut sur le bassinet, qu'il lui était adhérent sur une certaine longueur et qu'il résultait de cette disposition la formation d'un éperon qui s'appliquant comme un clapet sur l'orifice de l'urètre le fermait complètement. L'indication était simple et facile à remplir: Je ne fis pas à proprement parler un nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet, je me bornai à sectionner l'éperon et à suturer en V les deux lèvres de l'incision urétérale aux deux lèvres de l'incision du bassinet, de manière à empêcher l'éperon de se reconstituer. Le résultat a été excellent, c'est-à-dire que les douleurs ont disparu et que la tumeur ne s'est pas reproduite. Mais je ne saurais dire si le rein a normalement fonctionné car à l'époque où j'ai fait cette opération les diviseurs n'existaient pas et le cathétérisme des uretères ne se faisait pas encore d'une manière courante.

Ma seconde observation qui remonte à quinze ou seize mois est plus intéressante. Il s'agissait d'une hydronéphrose intermittente énorme. Quand la tumeur était remplie, elle soulevait la paroi abdominale et descendait jusque dans le bassin. Elle se vidait comme elle se remplissait sans raison apparente et sa distension déterminait des douleurs très vives.

Lorsque je pratiquai l'opération, la poche était vide et ses parois étaient plissées comme une serviette mouillée. J'incisai le bassinet, j'inspectai l'orifice urétéral et constatai qu'il ne présentait aucun rétrécissement, mais son insertion se faisait en un point très élevé de la poche. Ici l'indication était, avant tout, de réduire cette poche énorme et de transporter l'orifice urétéral à sa partie inférieure. Comme il n'y avait aucun rétrécissement de l'uretère, je me gardai bien de le sectionner, car ses petites dimensions en rendent la suture délicate. Je fis porter ma section sur le bassinet à un centimètre environ de l'orifice de l'uretère de manière à conserver une sorte de collerette destinée à faciliter la suture et à éviter tout rétrécissement ultérieur. L'uretère ainsi détaché avec sa collerette, je réséquai une grande partie du bassinet distendu. Par une suture verticale, je veux dire parallèle au grand axe du rein, je reconstituai un bassinet de dimensions raisonnables et je

fixai au bas de cette suture la collerette attenante à l'uretère. Je terminai par une bonne néphropexie, et suturai la plaie sans drainer.

Les suites opératoires furent fort simples, la malade guérit sans aucun accident. La tumeur ne se reproduisit pas, la douleur avait disparu, tout était parfait.

C'est alors que je voulus me rendre compte du fonctionnement du rein opéré. Pour cela je priai mon ami Cathelin de faire la séparation des urines. Je fus stupéfait quand Cathelin me déclara que le rein gauche fonctionnait normalement, mais que le rein droit ne sécrétait rien. Ainsi cette opération qui avait paru très satisfaisante n'avait pas du tout donné le résultat qu'on attendait d'elle.

J'avais peine à l'admettre. Au cours de l'opération j'avais constaté que le parenchyme rénal était bon, je ne pouvais comprendre comment il avait aussi brusquement succombé. La collerette que j'avais gardée pour faire la suture rendait bien improbable l'oblitération de l'uretère. En supposant même qu'il fût oblitéré, comme aucune tumeur ne s'était reproduite, comme le malade n'avait pas souffert, il fallait admettre que le parenchyme rénal qui était épais, qui paraissait bon, avait d'un seul coup complètement cessé de fonctionner. Cela me paraissait bien invraisemblable.

Aussi j'envoyai la malade à Necker, je l'adressai à mon ami Noguès en le priant de faire le cathétérisme de l'uretère. Noguès me répondit qu'on n'avait pas réussi à faire le cathétérisme, mais qu'on avait fait la séparation avec l'appareil de Luys. Le résultat avait été à peu près le même qu'avec l'instrument de Cathelin. Dans le même temps l'uretère gauche avait donné 12 c. c. 5 et l'uretère droit seulement 2 c. c. 5.

Ce résultat ne me satisfaisait pas encore et j'insistai près de mon ami Noguès pour qu'il fît une nouvelle tentative de cathétérisme. Il voulut bien la faire et avec le concours de Pasteau, il réussit. Voici quel fut le résultat.

Dans le même temps le rein gauche donna 10 centimètres cubes et le rein droit opéré 9 c. c. 5.

Ainsi le rein droit fournissait presque la même quantité d'urine que le rein gauche. A la vérité la teneur en urée n'était pas la même (13,30 à droite et 21,15 à gauche). Mais enfin le rein opéré fonctionnait d'une manière utile et l'opération avait atteint son but. C'est là une constatation qui n'a peut-être pas été faite dans beaucoup de cas d'urétèro-pyélostomie.

Je serais désolé qu'on pût voir dans ce que je viens de dire une critique des diviseurs. Ce sont d'excellents instruments qui rendent

de grands services. Mon observation prouve simplement qu'ils sont dans certains cas inférieurs au cathétérisme des uretères et qu'il faut surtout se défier de leurs renseignements négatifs.

M. Tuffier. — Ce que je veux dire de l'hydronéphrose intermittente a trait uniquement au point dont M. Delbet vient de vous entretenir. Je voulais depuis longtemps savoir d'une façon précise et mathématique quelle était la valeur réelle des néostomies rénales ou pyéliques et l'occasion s'en est offerte à moi dans les conditions suivantes :

Une femme âgée de quarante-quatre ans entre dans mon service, salle Jarjavay, n° 5. Elle présentait des accidents douloureux et intermittents occupant la fosse iliaque droite.

Ces accidents s'étaient accompagnés à un moment d'ictère, si bien que le diagnostic avait flotté entre *affection rénale* et *hépatique*.

En fin de compte ils avaient revêtu les caractères des crises d'hydronéphrose intermittente avec augmentation du volume du rein. J'ai pratiqué chez cette femme la laparotomie le long du bord externe du muscle grand droit, ce qui m'a permis de m'assurer de l'intégrité de la vésicule biliaire. J'incisai le feuillet péritonéal postérieur et je trouvai une hydronéphrose portant principalement sur le bassinet qui avait le volume d'une orange alors que le parenchyme rénal était encore assez épais.

A la partie supérieure du bassinet s'ouvrait l'uretère retréci et coudé à ce niveau. La coudure était fixe. Je vis que la libération de la coudure de l'uretère ne pourrait assurer le drainage parfait de la cavité rénale.

Après avoir sectionné l'uretère je fermai avec soin l'orifice du bassinet; et après avoir fermé comme Van Nuck l'extrémité urétérale, je la suturai à l'extrémité inférieure pyélo-rénale. Suture de muqueuse à muqueuse et suture d'approche entre la tunique externe de l'uretère et le parenchyme rénal.

Une sonde urétérale allait du bassinet à travers l'uretère et la vessie jusqu'au delà du méat. Ma malade guérit.

Désireux de savoir la valeur de mon opération je fis faire quelques jours après par M. Luys, le 11 juin 1903, la division intra-vésicale de l'urine. Elle me donna les résultats suivants :

Rein du côté droit, rein opéré : il ne laissait pas passer une goutte d'urine. Le rein gauche donnait la totalité de l'urine.

Dans les semaines qui suivirent, la malade accusa quelques douleurs; sensation de gêne dans le flanc droit. La palpation bimanuelle me montra qu'il n'existait aucune augmentation du volume du rein.

Quelques semaines plus tard, en juillet 1903, devant la persistance de cette sensation de gêne, je fis faire une nouvelle séparation des urines qui me donna les mêmes résultats. La malade quitta l'hôpital au mois d'octobre; elle vint me voir avec le même état local et un état général peu brillant. Troisième séparation des urines le 13 octobre 1903, mais avec un modèle spécial de Séparateur à courbure réduite, qui n'était pas le modèle habituel et qui me montra à mon grand étonnement, un fonctionnement normal et identique des deux reins. Ce modèle spécial de Séparateur, appliqué du reste dans ce cas, simplement à titre d'essai, a été depuis complètement abandonné.

Malgré cela, devant la persistance de cet état douloureux, et peu confiant en ce dernier examen dont l'identité du fonctionnement des deux reins me faisait penser qu'il y avait une erreur, j'ai décidé une nouvelle opération.

Par une incision lombaire, j'arrivai le 14 octobre sur le bassinet qui était légèrement distendu; j'ai isolé l'uretère et, en comprimant le contenu recto-pyélique, j'ai pu constater que pas une goutte de liquide ne passait dans l'uretère. Je fis la néphro-urétrectomie; l'uretère était oblitéré dans l'étendue d'un centimètre au niveau de mon anastomose.

Les légers accidents douloureux que présentait cette femme m'ont conduit à penser à cette oblitération. Mais comme l'oblitération brusque de l'uretère et sa ligature peuvent ne pas s'accompagner de douleurs rénales autant que de tuméfaction du rein, je ne vois pas bien comment on arriverait à se rendre compte dans ce cas si l'anastomose urétéro-rénale est vraiment efficace. Puisque nous avons dans la division des urines un procédé simple et à peu près inoffensif pour nous assurer de ce fonctionnement, je crois que ce mode d'exploration doit être appliqué à tous les cas avant de déclarer une anastomose urétéro-rénale comme une guérison définitive.

M. Pierre Delbet. — Je veux simplement faire remarquer que chez mon malade il n'y a eu aucune douleur après l'opération. D'ailleurs le cathétérisme des uretères prouve d'une manière indiscutable que le rein fonctionne.

Présentation de malades.

Cancer de la langue.

M. Poirier. — Le 23 avril 1902, je vous ai présenté un manuel opératoire de l'opération logique à faire contre le cancer de la

langue, basé sur une étude approfondie des territoires lymphatiques de l'organe, dont l'ablation totale constituait à mon avis une condition essentielle d'un succès durable. Je vous disais alors avoir opéré par ce procédé, dont la caractéristique est *l'ablation totale et bilatérale des territoires lymphatiques*, cinq malades dont l'un très vieux et cachectique était mort très rapidement, par infection sans doute.

Ma communication, écoutée avec faveur, n'entraîna point la conviction de tous. D'aucuns, et non des moindres, firent remarquer que j'accordais une importance excessive à la poursuite des voies lymphatiques ; on invoqua l'opinion de Trélat et de Verneuil, maîtres vénérés, etc., etc.

Je vous apporte deux ans après (au juste, vingt-trois mois) des nouvelles de mes opérés; ou plutôt, je vous en présente deux ; ils sont en bonne santé et sans apparence de récidive; l'un était cependant porteur d'un épithélioma avec envahissement du plancher buccal et du pilier antérieur du voile palatin, il avait été jugé inopérable par l'un de nous ; la guérison se maintient depuis trente-trois mois; chez l'autre, porteur de lésions moins avancées, la guérison apparente se maintient depuis vingt-deux mois seulement. Le troisième est mort au bout de treize mois; j'admets que ce soit par récidive ou généralisation, car je n'ai pu avoir de renseignements précis. Je suis sans nouvelles d'un quatrième.

Voici donc deux hommes qui ont bénéficié très largement de l'opération sans laquelle ils seraient morts depuis longtemps.

C'est pourquoi je répète, deux ans après, appuyant ma conviction d'arguments solides :

« Il ne me paraît pas absurde d'espérer que, si l'on arrive à obtenir, dans de tels cas, un répit assez long par une opération étendue et anatomiquement logique, on sera en droit d'espérer des résultats durables, lorsqu'on interviendra à une époque plus rapprochée du début de la maladie. Si, jusqu'ici, les opérations dirigées contre le cancer de la langue ont donné d'aussi mauvais résultats, c'est qu'elles étaient trop tardives, trop économiques et mal réglées. Je ne vois pas de raison pour que nous n'obtenions pas à la langue les résultats de longue durée que donnent, à ceux qui savent les opérer et qui ont la chance d'intervenir à temps, les cancers d'autres organes, et particulièrement les cancers du sein.

« J'en appelle, au nom de l'anatomie guidant la main du chirurgien, du pronostic impitoyable que portent encore beaucoup de gens, et même des chirurgiens, sur les cancéreux de la langue ou autres lieux. »

Permettez-moi encore deux courtes remarques avant d'in-

troduire mes opérés. L'un d'eux était syphilitique, tandis que je n'ai pu relever chez l'autre, homme soigneux et intelligent, aucune trace de syphilis antérieure. Chez la très grande majorité des cancéreux de la langue que j'ai observés et opérés depuis quatre ans, on retrouvait la syphilis et des lésions syphilitiques de la langue dans les antécédents, fait qui confirme une remarque clinique du professeur Fournier.

Sur ces deux hommes, comme sur tous mes opérés, j'ai enlevé les chaînes lymphatiques des deux côtés, et je les ai enlevées de parti pris, sans examen clinique préalable.

Je prétends en effet que cet examen est inutile, illusoire et dangereux. Illusoire, parce que des ganglions dégénérés peuvent exister, au niveau des carotides ou sous le bord inférieur du maxillaire, sans que l'examen le plus minutieux révèle leur présence ; car les ganglions se dérobent à la palpation dans le fond mou de la région ; j'en ai fait souvent l'expérience ; — inutile, puisque, de parti pris, j'enlève tout le territoire lymphatique ; — dangereux, enfin, parce qu'un examen clinique négatif peut porter l'opérateur à plus d'économie dans l'ablation d'organes qui peuvent être dégénérés, sans que leur conformation extérieure soit modifiée.

Et cette règle, je l'applique non seulement aux cancers de la langue, mais à tous les cancers que je juge bon d'opérer. Par exemple je ne vais point chercher dans l'aisselle de quoi parfaire un diagnostic douteux de cancer du sein ; je me décide par d'autres éléments ; et, dans le doute, je ne m'abstiens pas ; je croirais commettre une mauvaise action en attendant pour décider mon intervention que la présence des ganglions vienne affirmer la nature maligne d'une tumeur dont la récidive sera alors plus probable. C'est parce que, pénétrés de l'enseignement qui leur fut donné, la plupart des médecins n'envoient point au chirurgien les malades atteintes de tumeurs du sein chez lesquelles ils n'ont point trouvé de ganglions axillaires, c'est pour cela, dis-je, que nous n'avons à opérer le plus souvent que des malades chez lesquelles l'infection est trop avancée pour que l'intervention, même large, donne dans tous les cas un succès durable.

Il nous appartient, Messieurs, dans une certaine mesure, d'améliorer le pronostic opératoire des cancers en général et de faire que nous n'ayons plus à entendre ce lieu commun : on guérit de l'opération, mais on meurt quelques mois après.

Voici mes opérés et leur observation ; je tiens à votre disposition les préparations histologiques.

Epithéliome non ulcéré de la langue.

G. A..., soixante-cinq ans, fumeur, non syphilitique, pas alcoolique; — aucun antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel; toutefois, vers l'âge de cinq ans adénites cervicales suppurées dont les cicatrices sont encore apparentes. Ce malade me fut adressé par le professeur Fournier; il présentait un épithélioma lingual, dont le début remontait à environ six mois: la tumeur, saillante, non ulcérée, infiltrait le tiers postérieur du bord gauche de la langue et avait envahi le tiers inférieur du pilier antérieur du voile palatin; elle avait envahi tout le côté correspondant du plancher buccal solidement fixé à la face interne du maxillaire. Des deux côtés on reconnaissait par la palpation des ganglions carotidiens et sous-maxillaire, notablement hypertrophiés.

Opération le 7 *mai* 1901 par le procédé décrit en avril 1902: ligature des deux carotides externes; ablation des deux glandes sous-maxillaires ablation de toute la chaîne ganglionnaire carotidienne et pré-jugulaire, y compris le ganglion inférieur (au point de croisement des vaisseaux par l'omohyoïdien); ablation des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux; effondrement du plancher buccal à gauche; résection large de toute la moitié gauche de ce plancher, de la moitié gauche de la langue et du pilier antérieur correspondant; rugination soigneuse de la face interne du maxillaire dans toute la zone adhérente; réunion de la plaie linguale par quelques points de suture.

Les suites furent d'abord assez simples; puis l'opéré présenta une infiltration dure de la région sus-hyoïdienne gauche, avec suppuration buccale; un séquestre, long de 7 centimètres, large de 2, comprenant le bord inférieur et la face interne du maxillaire, dans la zone ruginée, se forma et mit seize mois à se détacher complètement. Depuis, la guérison paraît parfaite; les tissus du cou ont repris la souplesse normale; l'état général est excellent. L'ouverture de la bouche est limitée à 2 centimètres d'écartement du bord libre des incisives. La guérison de ce cas grave, que certains avaient jugé inopérable, se maintient depuis trente-trois mois.

Examen histologique. — Sur les coupes, coloriées à l'hématoxyline éosique, on remarque : une augmentation du volume des papilles, qui sont très vasculaires; dans leurs intervalles, l'épithélium, un peu épaissi, ne paraît point modifié dans sa structure; légère infiltration embryonnaire dans la sous-muqueuse; au-dessous, des fibres musculaires normales formant une couche continue qui représente, sans doute, le muscle lingual supérieur ; plus profondément les fibres musculaires sont dissociées par une abondante infiltration de boyaux épithéliaux, irréguliers, dans l'épaisseur desquels on rencontre de nombreux globes cornés. Tous les ganglions présentent de l'infiltration cancéreuse ; celle-ci est plus discrète et paraît tout à fait à son début dans le ganglion le plus inférieur (omo-hyoïdien).

Épithélioma ulcéré de la langue.

H... A..., cinquante-six ans; mère morte d'une affection pylorique (?); deux sœurs, âgées de cinquante-cinq et soixante ans, bien portantes; syphilis à l'âge de dix-huit ans; fumeur; pas buveur. Les lésions de glossite, leucoplasie, plaques indurées, érosions sensibles et facilement saignantes ont débuté dès 1884; traitées par les cautérisations au nitrate d'argent et l'iodure de potassium à l'intérieur, elles ont disparu et reparu à plusieurs reprises. Dans le courant de 1901, survint, sur le bord droit de la langue, une érosion qui, d'abord semblable aux précédentes, se creusa et s'étendit peu à peu, en même temps que ses bords s'induraient. Après avoir suivi sans résultat le traitement qui lui avait réussi jusqu'alors, le malade fut trouver le professeur Fournier qui diagnostiqua dégénérescence épithéliale et conseilla une ablation large et à bref délai.

Le malade entra dans mon service de Tenon le 9 avril 1902 : l'état général est bon; plaques de leucoplasie, confluentes sur la face dorsale de la langue, disséminées sur la face interne des joues et des lèvres; au dire du malade, ces plaques existent depuis trois ans au moins; sur le tiers moyen du bord latéral droit de la langue, ulcération profonde de 15 millimètres, large de 5, à bords indurés, déchiquetés, à fond gris rosé, saignant facilement; lésion, en somme, assez limitée. Les ganglions sous-maxillaires de ce côté sont augmentés de volume et faciles à sentir; on ne peut découvrir les ganglions carotidiens par la palpation; rien d'apparent dans les ganglions du côté gauche.

Opération le 11 avril 1902. — Ablation par le procédé décrit de tous les ganglions du côté gauche et de la glande sous-maxillaire; ligature de la carotide externe; même opération contre les ganglions du côté droit; à noter que je ne trouve point de ce côté le ganglion inférieur (omo-hyoïdien), mais un petit ganglion sur la face externe de l'hyoglosse, au-dessus du nerf hypoglosse; ablation de la glande sous-maxillaire; ligature de la carotide externe. De ce côté, côté répondant à la lésion, j'ai opéré plus largement et coupé la branche inférieure du facial; je note expressément la présence, au niveau de la bifurcation carotidienne, de deux ganglions manifestement dégénérés et qu'un examen clinique, attentif et prolongé sur un cou maigre, ne nous avait point révélés.

Les plaies du cou ayant été revues et fermées, je procède à l'ablation de la moitié droite de la langue par voie buccale.

Suites simples; on remarque seulement un œdème blanc des joues qui s'atténue et disparaît au bout d'un mois, et une paralysie des muscles innervés par le facial inférieur du côté de la lésion.

Je revois souvent la malade; la guérison se maintient depuis vingt-deux mois.

Examen histologique. — Coloration à l'hématoxyline éosique : hypertrophie papillaire considérable; infiltration embryonnaire abondante de la muqueuse; des tubes épithéliaux la pénètrent profondément; dans ces tubes on trouve de loin en loin des globes cornés volumineux;

l'infiltration cancéreuse envahit les couches superficielles de la musculature linguale; çà et là des glandes salivaires présentant la structure normale. Les ganglions carotidiens et sous-maxillaires du côté malade montrent des lésions de dégénérescence; un seul ganglion *paraît* altéré à gauche.

M. Pierre Sebileau. — Je partage l'opinion de Poirier sur la plupart des choses qu'il vient de nous dire. Je crois, comme lui, que le plus grand nombre des épithéliomas de la langue se développe sur des sujets syphilitiques; la leucoplasie me paraît être d'une manière constante fonction de la syphilis. Je pense aussi, comme Poirier, qu'il existe, dans l'évolution du cancer de la langue, des adénopathies cachées qui, pour échapper à l'examen clinique, n'en sont pas moins réelles.

L'extirpation bilatérale des ganglions cervicaux est donc, à mon sens, une mesure justifiée par la clinique; la fréquence des adénopathies croisées et des adénopathies bilatérales, ainsi que la fréquence des récidives à brève échéance sur des ganglions dont l'exploration la plus attentive n'avait pas décelé les altérations, montrent que la conception thérapeutique de Poirier peut très bien se défendre. Personnellement je n'ai pas encore pratiqué cette adénectomie bilatérale systématique, mais je m'y sens porté.

Je voudrais présenter maintenant quelques observations concernant les deux malades que Poirier vient de nous montrer. Ils sont, l'un et l'autre, en excellent état. Le chirurgien et les patients méritent d'égales félicitations, mais il me semble que les opérés étaient « de bons cas », comme nous avons l'habitude de dire. L'un porte encore les trois quarts de sa langue, l'autre a un moignon postérieur, si j'ai bien vu, qui indique que l'amputation a été partielle. Or, je crois qu'il y a là une considération d'une certaine importance. Il existe, à mon sens, une très grande différence, pour ce qui concerne la gravité opératoire, et même pour ce qui concerne la survie, entre les cancers antérieurs et partiels, même quand ils envahissent le plancher buccal et obligent le chirurgien à enlever celui-ci, et les cancers postérieurs qui atteignent, en même temps que la base de la langue, l'épiglotte et la paroi pharyngée, mettant le chirurgien dans l'obligation de pratiquer, en même temps que l'amputation de la langue, une pharyngectomie plus ou moins étendue.

La plupart de ces derniers opérés meurent dans les premiers jours qui suivent l'intervention. Quelques-uns d'entre eux, qui survivent à l'infection première, meurent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, avant la récidive, d'amaigrissement, de cachexie, de malnutrition. Bref, c'est une vraie calamité.

Il est difficile de juger dans quelles proportions relatives la récidive traite les uns et les autres, ces derniers offrant à la statistique comparée une maigre contingence, puisque peu d'entre eux survivent plus de quelques mois à l'acte opératoire.

Je dois dire qu'aucune de ces considérations ne m'empêche d'opérer. Je pense que, toutes les fois que l'intervention est anatomiquement praticable, il faut la tenter. Dans l'espèce on ne doit pas avoir le souci de la statistique. Pour ce qui me concerne je ne fais aucune difficulté d'avouer que la mienne est peu consolante. Elle s'améliore, je dois le dire, depuis que je fais placer mes malades sur un plan très incliné pendant une quinzaine de jours après l'opération. Cela permet aux sécrétions de faire retour du carrefour aéro-digestif dans la bouche, et les malades, ainsi soustraits à l'infection par déglutition et pénétration des liquides dans les voies aériennes, se comportent beaucoup mieux.

M. Quénu. — Je ne crois pas qu'il nous soit permis de discuter ici, à fond, la question des ablations des cancers de la langue. La discussion nous entraînerait trop loin. Je ne partage pas sans réserves toutes les opinions que vient d'exprimer M. Sebileau, mais je ne puis insister.

Comme M. Poirier, dans les cancers de la langue, des lèvres, des joues, j'enlève tous les ganglions ; la ligature de la carotide externe facilite cette ablation. Ma plaie opératoire est suturée sans drainage et la guérison est obtenue par première intention. J'ai été conduit à cette pratique en suivant un malade du service de M. Terrier. Je l'opérai en 1889. Cet homme menaçait de se suicider. Tout le plancher de la bouche était envahi; le cancer s'étendait jusqu'à l'épiglotte. Trois ans après mon opération je le présentai à la Société de Chirurgie; il a survécu sept ans et a succombé à une affection qui m'est inconnue, mais, encore une fois, il a survécu sept ans.

Mes résultats n'ont pas toujours été aussi brillants. J'ai, moi aussi, eu mes surprises. L'âge des malades, la nature encore indéterminée de leur infection ganglionnaire ont, pour le pronostic de ces opérations, une importance réelle. M. Th. Anger nous a parlé de ces cas dans lesquels les ganglions sont réduits en bouillie, friables et chez lesquels la récidive est si rapide. J'ai vérifié la valeur de sa remarque.

Je conclus comme M. Poirier à l'utilité de l'ablation la plus large possible des ganglions.

M. Poirier. — Les remarques cliniques de Sebileau sur la fréquence du cancer de la langue chez les syphilitiques confirment

ce que j'ai dit en m'appuyant sur l'autorité du professeur Fournier qui avait appelé le premier mon attention sur ce point. Je suis heureux de voir que mon collègue s'est aussi engagé dans la voie des opérations larges et logiques, mais je ne puis être tout à fait de son avis en ce qui concerne l'excessive gravité de l'opération dans les cas de cancer de la base de la langue. Sans doute, le pronostic opératoire est un peu plus grave; toutefois, il n'est pas aussi sombre que le peint notre collègue. Le premier des opérés que je viens de présenter portait une infiltration cancéreuse de la moitié du plancher buccal et le pilier antérieur du voile du palais était envahi; il avait été jugé inopérable par l'un de nous; cependant il a guéri, et je vous apporterai bientôt plusieurs cas du même genre, suivis d'un succès opératoire. Sans doute, le délabrement est grand, mais, avec le drainage et les lavages répétés, on en sort d'ordinaire. Il y a huit jours, mon collègue et ami Cunéo a opéré dans mon service un épithélioma de la langue qui avait envahi le côté correspondant du pharynx et la base de la langue, si loin que le doigt ne pouvait atteindre les limites du mal. C'était un cas limite : j'étais un peu hésitant, avec tendance à intervenir à cause de l'état général resté bon. Cuneo a opéré très largement; il lui fallut scier le maxillaire et en écarter les fragments pour voir et atteindre les limites du mal; le lendemain soir l'opéré avait 39 degrés; le pansement fut défait, des lavages furent faits; la température tomba et l'opéré est actuellement en bonne voie de guérison.

Sebileau accorde quelque importance à la position de Rose pour éviter les inconvénients de l'écoulement du sang dans le pharynx; je l'ai conseillée dans ma première communication. Actuellement, je n'en use guère, car, après que les deux carotides externes ont été liées, l'hémorragie est peu considérable.

Je suis sensible à l'appréciation favorable de mon ami Quénu, qui, bon anatomiste doublé de clinicien, a reconnu depuis longtemps l'importance de la poursuite des voies lymphatiques dans les interventions contre les cancers.

Ce que Quénu vient de nous dire, répétant Th. Anger, de certaines adénites, succulentes, friables, et après l'ablation desquelles la récidive est presque immédiate et générale, est bien vrai. L'un de mes opérés en donna un bel et triste exemple. C'était un homme de quarante-cinq ans; la lésion épithéliale qui siégeait sur le bord droit de la langue était limitée; l'invasion ganglionnaire paraissait aussi limitée aux ganglions de ce côté; je me réjouissais d'avoir à opérer un cas que je jugeais bon et de pronostic favorable. La lésion linguale était si limitée que je me contentai d'enlever de chaque côté les ganglions carotidiens et sous-maxil-

laires, laissant en place les glandes sous-maxillaires et négligeant de parti pris l'ablation par dissection méthodique de toute la chaîne ganglionnaire.

L'homme guérit provisoirement; six mois après il me revint avec un de ces ganglions ramollis dont parlait Quénu, du côté opposé à la lésion linguale. J'enlevai ce ganglion par une opération très simple : la plaie parut se réunir; après quatorze jours elle se rouvrit et donna issue à un liquide trouble, presque purulent. Puis tous les ganglions du cou furent pris successivement, se ramollirent et formèrent des foyers en même temps que toute la région cervicale s'indurait comme dans un phlegmon ligneux. Comme l'homme était syphilitique, j'essayai le traitement par injections répétées dans les muscles de la fesse. Je n'obtins aucun résultat. Le pauvre homme mourut au quinzième mois avec plusieurs fistules cervicales; il respirait depuis quelque temps avec peine; il présenta dans les derniers jours des symptômes de pneumonie, au dire du médecin éclairé qui l'a soigné.

Ce sont là des cas désespérants; ils sont heureusement rares. On penserait volontiers à une inoculation opératoire, si des cas identiques n'avaient été observés sur des individus non opérés. L'avenir nous renseignera sans doute sur ces faits.

M. Segond. — Que M. Poirier me permette d'apporter une ombre légère à un tableau qu'il me paraît avoir peint trop en bleu.

Je suis, comme lui, partisan de l'ablation large des ganglions, mais, est-il besoin de le dire, qui peut assurer les enlever tous et toujours? Dans les cas de cancer de la langue, la chose est déjà très difficile; pour les cancers d'autres organes, les difficultés sont souvent plus grandes encore. J'ai, moi aussi, jusqu'ici adopté cette règle, — suivant en cela l'exemple de mes maîtres, — d'enlever les ganglions infectés aussi largement que possible, et l'enthousiasme que m'inspirent les résultats obtenus est bien faible, quelque soit le siège du cancer.

M. Pozzi. — Je ne voudrais pas laisser passer sans protestation l'aphorisme de pathologie générale avancé par M. Poirier. Pour l'utérus en particulier l'ablation totale des ganglions telle que la pratiquent Wertheim et Jonnesco (pour ne citer que ceux-là) n'a pas sensiblement amélioré la survie des malades tout en aggravant beaucoup l'opération. Deux malades opérées brillamment de la sorte dans mon service par Jonnesco ont récidivé rapidement.

M. Poirier. — Notre collègue Pozzi me demande si ce que je viens de dire des procédés opératoires applicables aux cancers

s'applique aussi dans ma pensée aux cancers de l'utérus. Je réponds : oui. Pourquoi feraient-ils exception ? Les cancers du col utérin sont parmi les cancers viscéraux ceux dont les ganglions lymphatiques sont des plus faciles à atteindre. Je possède des résultats datant de deux et trois ans qui m'autorisent à espérer.

Je ne sais point comment opère Monsieur Jonnesco dont Pozzi nous a rappelé les opérations. Mais j'ai eu l'occasion de voir et je possède encore à mon laboratoire les pièces provenant de ses opérations. Nous en parlerons si vous le voulez, et peut-être les insuccès seront-ils expliqués ?

M. Segond. — Affirmer avec autant de force que vient de le faire M. Poirier que l'ablation totale des ganglions ou l'ablation étendue jusqu'à l'excessive limite du possible transforme le pronostic des interventions pour cancers, c'est, je le répète, proclamer un axiome qui attend encore sa démonstration et c'est inciter à des opérations excessives, disons le mot à de véritables aberrations chirurgicales. A cet égard, M. Pozzi a parfaitement raison de rappeler ce qui a été fait récemment pour le cancer de l'utérus? que notre collègue y prenne garde : bonne pour lui, sa formule pourrait être déplorable pour d'autres chirurgiens.

M. Poirier. — Segond me reproche d'avoir nuancé d'une teinte trop bleue le pronostic opératoire des interventions que je conseille pour l'extirpation aussi radicale que possible des cancers de la langue. Et voilà qu'après avoir entendu ses arguments, je me sens porté à accentuer la teinte, à *foncer mon bleu.*

Que dit Segond ? Ce sont des opérations terribles et il les rapproche d'autres opérations dirigées contre le cancer de l'utérus, et qu'il qualifie de folies chirurgicales.

Je suis d'un avis tout opposé. Ce ne sont pas des opérations terribles; nos statistiques en font foi, et j'aperçois dans l'assistance un de nos jeunes collègues qui en a pratiqué un bon nombre, sans un seul insuccès opératoire. Mais, en admettant que les opérations totales que je préconise comportent une mortalité opératoire assez élevée, 10 ou même 20 p. 100, si vous le voulez, devez-vous vous laisser arrêter par cet aléa en présence d'une affection qui tue sûrement, douloureusement et à bref délai ? Car nous ne parlons ici que des cas très graves; les autres ne donnent point une mortalité qui dépasse celle de l'hystérectomie que vous pratiquez quotidiennement pour des affections dont le pronostic n'est point fatal comme celui du cancer de la langue.

Je ne sais ce qu'il faut entendre par folies chirurgicales ; je sais seulement que nous pratiquons chaque jour et avec succès des

opérations que nos maîtres ont ainsi qualifiées, en un temps jadis, qui n'est pas très éloigné.

Segond dit encore : Nos maîtres qui, cependant, opéraient très bien les cancers de la langue, ont renoncé sur le tard, après une longue expérience, à les opérer. On m'a déjà dit cela il y a deux ans, et je répéterai ce que je répondis alors. J'ai connu, pratiqué et admiré ces maîtres, et je dis sans restriction, et certain de ne point faire outrage à la mémoire de maîtres vénérés qui aimaient trop la chirurgie pour ne point se réjouir des tentatives de progrès, je dis qu'ils opéraient bien, très bien pour leur époque, mais que l'époque actuelle, grâce aux immunités que confère la pratique bien entendue des antisepties et de l'asepsie, permet, exige une méthode et des procédés opératoires très différents. Nous opérons autrement et plus sûrement que n'opéraient nos maîtres ; tout le monde ici le pense, pourquoi ne pas le dire? Des choses qu'ils ne pouvaient rêver nous sont permises, commandées même. Et les jeunes, nos élèves, opéreront mieux que nous, parce qu'ils auront bénéficié des progrès et du progrès, qu'il ne faut pas nier et que l'on doit appeler.

Je ne puis bien comprendre ce que mon ami Segond vient de nous dire des dangers qu'il y a à préconiser certaines opérations qui bonnes dans certaines mains, deviendraient dangereuses dans d'autres.

Je ne connais qu'une catégorie de chirurgiens, les chirurgiens dignes de ce beau titre, c'est-à-dire ayant les connaissances et le tempérament nécessaires, indispensables, pour la pratique d'un art difficile. Et c'est à ceux-là que je parle pour conseiller un procédé plus délicat sans doute, mais incontestablement meilleur.

M. Sebileau. — Je ne voudrais pas, je le répète, qu'on conclut de ce que j'ai dit de la gravité des cancers de la partie postérieure de la langue, que je conseille de ne pas les opérer. Au contraire. J'avoue cependant que ma statistique est loin d'être bonne, elle est mauvaise. En quoi elle doit ressembler aux autres.

M. Poirier. — Je termine, pour le moment, cette discussion, à propos d'une présentation à laquelle vous avez accordé une attention dont je vous suis reconnaissant, je termine, en affirmant ma conviction profonde que l'amélioration du pronostic opératoire du cancer par la survie prolongée des opérés, si tant est que l'on ne puisse parler de guérison, est entre nos mains par l'application précoce des procédés larges, logiques, anatomiques, en attendant des méthodes meilleures.

Gros abcès de l'épiphyse supérieure du tibia. Trépanation. Oblitération de la cavité par le plombage organique. Guérison.

M. Chaput. — Il s'agit d'une malade de quarante ans qui eut à l'âge de onze ans une poussée d'ostéomyélite aiguë du tibia gauche.

Elle fut opérée par moi en 1902 et 1903. Je lui fis la première fois la trépanation du canal médullaire du tibia dans toute sa moitié inférieure, et la deuxième fois dans toute sa moitié supérieure.

En août 1902 elle présenta une poussée d'arthrite subaiguë du genou que j'attribuai à un foyer ostéomyélitique de l'épiphyse.

En février 1903 ces accidents se reproduisirent. Je note qu'à cette époque il persistait une fistule de plusieurs centimètres conduisant dans l'épiphyse tibiale jusqu'au voisinage de la synoviale articulaire.

Le 16 février 1903 je fis une incision courbe à concavité supérieure dont la partie déclive correspondait à la tubérosité antérieure du tibia, je désinsérai le tendon rotulien et le périoste jusqu'à l'articulation qui resta indemne. Je pus alors attaquer l'épiphyse tibiale, je l'ouvris largement, et je curettai; les parois en étaient très saignantes, éburnées et congestionnées; après toutes ces manœuvres la cavité atteignait environ le volume d'une grosse noix.

Je tamponnai provisoirement la cavité puis je fis une incision au niveau de la fosse iliaque gauche et j'enlevai par cette incision un noyau de tissu cellulo-adipeux d'un diamètre sensiblement supérieur à celui de la cavité tibiale.

Je l'introduisis de force dans la cavité, avec des pinces à griffes et je fis la réunion en réservant un orifice au niveau de la cavité osseuse.

La malade supporta parfaitement cette intervention. La greffe resta en place et vécut; il y eut une légère humidité à l'orifice de la cavité osseuse, mais à aucun moment on n'introduisit de drains de mèches ou de crayons dans la cavité. La plaie se rétrécit très rapidement; deux mois après elle devint un trajet très étroit, à peine suintant, puis se ferma définitivement au commencement de juillet 1903.

J'estime que cette observation ne doit pas passer inaperçue, car nous savons que les abcès épiphysaires ostéomyélitiques sont très difficiles à guérir, surtout quand les parois en sont étendues, congestionnées et infectées; pour ma part j'en ai vu un grand nombre persister indéfiniment à l'état fistuleux. C'est pour cette raison

que j'ai cherché un procédé qui permît d'obtenir une guérison plus sûre et plus rapide.

Le greffon de tissu cellullaire que j'ai introduit dans la cavité osseuse a eu pour avantage de tarir immédiatement l'abondant suintement sanguin, d'éviter l'introduction des mèches qui infectent et drainent mal et d'obtenir la réunion immédiate des parois osseuses avec le greffon.

Je ne puis affirmer que la cavité osseuse que j'ai traitée ne se serait pas guérie sans le plombage organique, mais je considère que cette éventualité était la plus probable, sans compter les dangers imminents d'arthrite suppurée. En tout cas la guérison ne se serait jamais faite dans un laps de temps aussi restreint; on peut à ce propos rappeler la lenteur de cicatrisation des grands évidements pétro-mastoïdiens.

J'ai été favorisé par l'obésité relative de ma malade; c'est une circonstance qu'on ne rencontrera pas constamment. Je crois cependant qu'on pourra toujours trouver, même chez un sujet maigre, ne serait-ce que dans la région fessière un ou plusieurs morceaux de tissu cellulaire suffisants pour oblitérer une cavité osseuse d'une grosse épiphyse.

Le plombage organique paraît plus simple, plus sûr et moins dangereux que le plombage métallique, minéral ou médicamenteux qui exposent à l'élimination du corps étranger.

Le mot plombage organique me paraît devoir être maintenu; nous connaissons le plombage métallique, minéral, etc., pour oblitérer des cavités osseuses ou dentaires; ici j'ai bouché une cavité avec un fragment de substance organique; c'est là une pratique distincte des procédés ordinaires de greffe; c'est pourquoi j'ai cru devoir adopter une dénomination différente et rappelant des procédés analogues d'obturation.

Le Secrétaire annuel,

DELORME.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 MARS 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Villemin, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à une place vacante de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. Quénu. — Dans la discussion sur le traitement du cancer, ma pensée a été mal traduite. Je n'ai pas voulu dire que la ligature de la carotide externe facilitait l'ablation des ganglions, mais celle du cancer. Dans l'épithélioma de la langue nécessitant son ablation totale, je profite souvent de l'extirpation des ganglions carotidiens pour pratiquer la ligature préalable des carotides externes.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur le cancer.

M. Léon Labbé. — J'ai lu avec intérêt la communication faite par M. Poirier dans la dernière séance, au sujet des opérations que réclament les cancers de diverses régions.

En principe je partage l'opinion de M. Poirier relativement à la nécessité de poursuivre, aussi loin que possible, la destruction des voies lymphatiques de la région, ganglions et vaisseaux.

J'invoquerai ici le témoignage de plusieurs des chirurgiens les plus éminents qui font partie de la Société de Chirurgie, notre président M. Peyrot, MM. Félizet, Schwartz, Segond, Michaux, mes anciens internes tous ici présents, pour rappeler que depuis trente ans j'ai enseigné et montré qu'il fallait enlever les vaisseaux et ganglions lymphatiques dans la plus large mesure possible, jusqu'au-dessus même de la clavicule dans le cas de cancer du sein, par exemple.

J'ai fait voir des malades opérés de vastes épithéliomas de la face, chez lesquels j'avais enlevé la joue en entier, et dont tout le système lymphatique de la région sous-maxillaire et carotidienne voisine, en même temps que la glande sous-maxillaire elle-même, avaient été supprimés. Chez plusieurs de ces malades les survies ont été très longues. L'un d'eux n'a eu de récidive qu'après dix-huit années; notre collègue, M. Lannelongue, qui connaissait ce malade, était fort surpris d'un pareil résultat. Chez un autre client, dont toute la chaîne ganglionnaire sous-maxillaire était envahie et les ganglions infectés très volumineux, toute la joue fut enlevée et réparée à l'aide d'une large autoplastie, et la guérison se maintient encore après une douzaine d'années.

Assurément les résultats obtenus pour le cancer de la langue sont moins satisfaisants. Cependant, dans des cas où j'ai pratiqué la ligature préalable des artères sublinguales, et fait l'ablation des ganglions de la région, j'ai eu un cas de survie sans récidive, de six ans, et l'un de treize ans. La récidive a bien prouvé qu'il n'y avait pas eu d'erreur de diagnostic et qu'il s'agissait bien de cancer épithélial.

Des cas de cette nature justifient les efforts de chirurgiens pour combattre les diverses espèces de cancer à l'aide d'interventions hardies et très étendues.

Ces opérations sont d'autant plus justifiées aujourd'hui qu'avec le chloroforme, la douleur est supprimée, et qu'à l'aide de l'anti-

sepsie et de l'asepsie la mortalité opératoire disparaît presque complètement.

J'ajoute que dans le cours de ma carrière, certaines opérations de cette nature ayant donné une certaine survie ont eu des conséquences utiles au point de vue de la défense d'intérêts fort importants d'ordre familial.

Je dis de plus qu'étant donnée la sécurité actuelle de l'intervention chirurgicale, les chirurgiens sont aussi bien autorisés à faire le nécessaire pour prolonger l'existence des patients que le sont les médecins lorsqu'ils soignent des maladies chroniques et reconnues incurables. Dans ce cas, à juste titre, ils ne refusent pas de tenter, à l'aide de soins intelligents, de prolonger la vie des malades qui se confient à eux.

M. Poirier. — Je ne pouvais espérer un plus heureux préambule aux courtes observations que je désire faire à propos du procès-verbal que la communication si intéressante et pleine de faits que vous venez d'entendre.

Je croyais, dans notre dernière séance, avoir répondu à toutes les observations de Segond. La lecture de notre Bulletin m'a fait connaître que je n'avais point saisi toute l'étendue et la portée des arguments de notre collègue. Segond conteste que la poursuite systématique des voies lymphatiques ait transformé le pronostic des interventions pour cancer; d'autre part, il m'accuse « d'inciter à de véritables aberrations chirurgicales ».

Ce sont là des paroles graves; je porte à mon collègue l'amical défi d'étayer ses assertions par des arguments de quelque solidité.

Il est établi et reconnu aujourd'hui par tous les chirurgiens au courant de la question, que les interventions larges et logiquement conduites contre les cancers du sein ont amélioré très notablement le pronostic en augmentant de beaucoup la survie des opérées. Ce résultat, fixé par les statistiques publiées récemment en France et à l'étranger, est incontestable. Je sais bien qu'il est encore des chirurgiens qui opèrent à la vieille mode, allant éplucher du bout des doigts quelques ganglions dans l'aisselle, comme s'ils étaient au temps où l'on craignait avec raison d'ouvrir largement l'aisselle et l'au delà pour se livrer à la dissection attentive des voies lymphatiques, sans laquelle il n'est point de bonne opération. Évidemment, pour les chirurgiens de cette école, le pronostic ne s'est point amélioré. Mais il est d'autres chirurgiens qui, conscients de la sécurité que leur donnent l'antisepsie et l'asepsie, opèrent largement, au grand jour, poursuivant systématiquement les voies lymphatiques et ces chirurgiens de l'école nouvelle obtiennent des résultats incomparablement meilleurs.

Entendons-nous bien. Je n'ai pas dit et je ne dis pas qu'ils obtiennent ces résultats *dans tous les cas*. Il m'arrive encore assez souvent d'opérer un cancer du sein et d'avoir une récidive dans les douze mois qui suivent, parce que j'ai été appelé à intervenir trop tard et qu'il m'a été impossible de dépasser les limites de la propagation. Mais presque aussi souvent j'ai la satisfaction, étant intervenu à temps et ayant pu dépasser les limites du mal, de voir mes opérées survivre pendant de nombreuses années.

Je passe au second chef d'accusation : en professant que par la poursuite systématique des voies lymphatiques on peut améliorer le pronostic des interventions dans les cas de cancer d'organes dont les voies lymphatiques sont assez facilement accessibles, « j'incite à des opérations excessives, disons le mot, à de véritables aberrations chirurgicales ».

Le mot est dur; si seulement il était juste.

Je vous ai présenté deux opérés qui avaient bénéficié d'une de ces opérations excessives ou aberrations, l'un pendant trente-trois, l'autre pendant vingt-deux mois, et qui tous les deux étaient encore en parfaite santé. Il est vrai que sur cinq opérés, un était mort des suites de l'opération, ce qui arrivait au moins une fois sur cinq aux opérés des maîtres dont Segond nous a rappelé la pratique et les désespoirs.

Il me suffit de réfléchir que si je n'étais point intervenu, ces cinq cancéreux seraient actuellement tous morts, pour me convaincre que je n'ai été ni excessif, ni aberrant.

Mon aberration va jusqu'à croire que j'ai fait quelque bien.

Mais les paroles sévères de Segond s'appliquent sans doute moins à ce que j'avais dit du cancer de la langue qu'à ce que je venais d'ajouter à propos du cancer de l'utérus, sur une observation de notre collègue Pozzi.

Eh bien, sur ce terrain du cancer de l'utérus, pas plus que pour le cancer de la langue, je ne puis accepter le verdict impitoyable de mon collègue et ami Segond.

Quand il vous plaira, nous traiterons de ce sujet que notre Société pourrait mettre avec fruit à son ordre du jour, et je m'efforcerai de vous démontrer, avec preuves à l'appui, que l'on peut et que l'on doit améliorer le pronostic du cancer utérin par des procédés opératoires logiquement conduits.

Segond veut en rester sur cette chirurgie du cancer aux pratiques anciennes; je crois sur le même sujet à une autre chirurgie, chirurgie de petit présent, il est vrai, mais de grand avenir.

M. J.-L. Faure. — Si je prends aujourd'hui la parole à l'occasion du procès-verbal c'est parce qu'il me semble que nous ne

devons pas laisser s'éteindre faute d'aliments une discussion de cette importance. En effet, M. Poirier ne nous a pas seulement présenté deux beaux malades, exemples magnifiques de ce que peut contre le cancer de la langue, une opération bien conduite. Il a fait mieux encore, il nous a dit sa foi dans la guérison chirurgicale du cancer. Cette foi, je la partage. Je l'ai souvent affirmée, et c'est pourquoi je pense que nous avons aujourd'hui le devoir d'élever cette question passionnante à sa véritable hauteur. Il en est parmi nous qui sont convaincus que nous pouvons quelquefois guérir le cancer. Il en est d'autres qui pensent que ce n'est là qu'une illusion décevante. Les uns et les autres sont d'une égale bonne foi. Les uns ou les autres se trompent. Le moment est venu de savoir de quel côté se trouve la vérité. Seul l'examen des faits pourra nous la faire connaître. Que tous ceux qui sont ici, que nos maîtres dont l'expérience est plus longue, viennent comme M. Labbé, nous dire ce qu'ils savent. Il est impossible que d'une enquête aussi large et aussi simple, la lumière ne sorte pas complète.

Je prie donc M. le Président de vouloir bien mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la question de la cure chirurgicale du cancer. Pour ma part j'apporterai les faits que je puis connaître et dans lesquels je crois pouvoir puiser les éléments de ma conviction personnelle.

M. Quénu. — Si on veut étudier cette question au profit, je crois qu'il serait utile d'étudier d'abord les résultats obtenus dans les ablations des cancers de chaque organe, et ce ne serait qu'après cette étude que nous tenterions de donner des conclusions générales.

M. Labbé. — Je n'abandonne rien de ma conviction dans les bons résultats que fournit la chirurgie dans le traitement du cancer, mais j'estime que le mot guérison employé par M. Faure est peut-être un peu excessif. Il serait plus juste de dire amélioration considérable.

M. Poirier. — J'ai déjà dit que je verrais avec plaisir la Société mettre à son ordre du jour la chirurgie des cancers; il me semble qu'il y a là une grande question de pathologie générale digne d'attirer et de retenir votre attention.

Je n'ai point parlé de la guérison du cancer, mais de sa cure chirurgicale : je tiens à cette distinction, fût-elle seulement dans les mots, bien qu'au fond de ma pensée je sois assez de l'avis de mon ami Faure, considérant, comme je vous l'ai dit il y a deux

ans, en exposant mon procédé, que le cancer, affection ou infection d'abord locale, peut être guéri par une intervention large et faite à temps.

M. Paul Segond. — Mon maître M. Labbé vient d'exposer lui-même ses opinions sur la technique à suivre dans l'ablation des cancers en général et des cancers de la langue en particulier. Comme M. Poirier, mais à un titre différent, je ne pouvais, moi aussi, souhaiter plus heureux préambule à ce que la riposte de notre collègue m'oblige à dire aujourd'hui. M. Labbé est en effet l'un des maîtres auxquels je faisais allusion mercredi dernier, et c'est à son école que j'ai appris cette grande vérité que l'ablation d'un cancer quelconque n'a quelque valeur qu'à la triple condition d'être faite *à temps*, d'être exécutée *très largement* et d'être toujours complétée par la *toilette* minutieuse des régions lymphatiques avoisinantes. C'est dire à quel point j'approuve la doctrine générale dont M. Poirier s'est fait le défenseur. Mais la véhémence avec laquelle mon ami M. Poirier vient de relever ce que j'ai dit à cet égard me prouve que je me suis sans doute fort mal exprimé. Permettez-moi donc de préciser.

La phrase de notre compte rendu qui a le plus heurté M. Poirier est la suivante : « Affirmer avec autant de force que vient de le faire M. Poirier que l'ablation totale des ganglions ou l'ablation étendue jusqu'à l'excessive limite du possible, transforme le pronostic des interventions pour cancers, c'est proclamer un axiome qui attend encore sa démonstration et c'est inciter à des opérations excessives, disons le mot, à de véritables aberrations chirurgicales. » Oui, certes, et je suis, en conscience, obligé de le maintenir : l'axiome est encore sans démonstration et les opérations excessives n'ont pas attendu notre discussion pour se produire à la faveur d'excuses théoriques plus ou moins valables. Mais en disant cela, je m'attaque uniquement à la mauvaise interprétation possible d'une doctrine générale, et point du tout à la pratique même de M. Poirier ainsi que notre collègue paraît, à mon grand regret, le supposer.

Procédant, comme lui, par extension, me faudrait-il donc aujourd'hui croire qu'il vient de me viser personnellement, en parlant des chirurgiens archaïques et timorés qui, terrifiés par les profondeurs du creux axillaire, se risquent tout au plus à éplucher du bout des doigts quelques ganglions de la région ? J'ose espérer que telle n'est pas sa pensée et, en tout cas, je n'ai jamais eu, moi, celle de le soupçonner en sens inverse. Que cet incident trop personnel pour vous intéresser soit donc clos. Quant à mes réflexions générales sur le pronostic de nos opérations en cas de cancer, je

persiste malheureusement à les croire justes et voici comment elles se résument.

Avec les maîtres dont je parlais mercredi dernier, avec les enseignements d'une pratique personnelle de vingt ans, et par conséquent, sans attendre l'avènement d'une « chirurgie » particulièrement « nouvelle », je crois que l'ablation d'un cancer quelconque n'est valable et rationnelle que pratiquée à temps, faite largement et complétée par la toilette systématique de toutes les régions ganglionnaires du voisinage. Je suis donc absolument d'accord avec M. Poirier quand il conclut que « pour tous les cancers dont les ganglions sont facilement accessibles, nous devons, si nous voulons améliorer un pronostic désespérant, nous engager résolument dans la voie des interventions larges qui, dans l'espèce, est la voie lymphatique ». J'observe simplement que nombre de chirurgiens n'ont pas à « s'engager » dans cette voie. Ils n'ont qu'à y rester et à s'y perfectionner.

Mais, c'est précisément par ce que telles sont mes convictions formelles, qu'en présence d'un cancer quelconque, je ne le crois justiciable de la chirurgie, que lorsqu'il est raisonnablement possible de tout enlever.

C'est pour cela que lorsque certaines zones lymphatiques trop éloignées de l'organe en cause sont envahies, je crois plus sage de m'abstenir.

C'est pour cela que je me permets de blâmer certaines des opérations excessives qui veulent, quand même et toujours, transgresser les limites, hélas, très restreintes de notre action utile dans la chirurgie des cancers.

Et, encore une fois, M. Poirier le sait bien, ces réflexions visent avant tout les évidements excessifs et probablement inutiles qui ont été préconisés contre le cancer utérin. Quant au cancer de la langue, j'avoue qu'il m'apparait encore comme l'une des formes les plus redoutables de ce mal odieux, quelle que soit la perfection de l'opération. M, Poirier a la « conviction profonde » qu'il nous appartient d'améliorer ce pronostic par l'adoption de sa technique. Je souhaite, de toutes mes forces, qu'il ait raison. Mais, j'ai grand peur que l'heure de partager l'optimisme de notre collègue soit encore assez loin de nous.

M. Poirier. — Pendant que Segond parlait, je relisais dans notre Bulletin ce qu'il nous a dit à la dernière séance et, bien que la partie de sa communication relative à la pratique de ses maîtres n'ait point été reproduite, il me semble et je vais montrer que je ne lui ai rien fait dire qu'il n'ait dit.

Par contre, Segond vient de me prêter gratuitement des paroles

que je n'ai point prononcées. Loin de formuler, comme le dit Segond : je jure qu'en enlevant tous les ganglions on guérit sûrement le cancer, j'ai présenté les résultats d'un procédé opératoire, lequel, appliqué dans cinq cas, m'a donné : une mort, une récidive au bout de quelques mois, un résultat inconnu, et deux survivants, bien portants depuis trente-trois et vingt-deux mois. En suite de quoi j'ai affirmé ma conviction profonde que, par la poursuite systématique des lymphatiques, « il nous appartenait, dans une certaine mesure, d'améliorer le pronostic opératoire des cancers en général ».

Telle fut ma conclusion, à lire au bas de la page 265 de notre Bulletin. On conviendra qu'elle est plutôt modeste.

J'ai dit aussi que Segond n'était point de mon avis; je me croyais et je me crois encore autorisé à le faire, puisque notre collègue a résumé son opinion dans les termes suivants : « Affirmer avec autant de force que vient de le faire M. Poirier, que l'ablation totale des ganglions ou leur ablation étendue jusqu'à l'excessive limite du possible transforme le pronostic des interventions pour cancers, c'est, je le répète, proclamer un axiome qui attend encore sa démonstration, et c'est inciter à des opérations excessives, disons le mot, à de véritables aberrations chirurgicales. »

Segond nous dit, et je le crois volontiers, que la dernière partie de sa phrase n'est applicable qu'aux opérations pour cancer de l'utérus. Eh bien, même avec cette restriction, je n'accepte pas les paroles sévères par lesquelles notre collègue affirme son opinion. Voici que la Société va mettre ces questions de si haut intérêt à l'ordre du jour, et j'aurai l'occasion d'apporter des faits démonstratifs. En attendant, je conclus toujours que pour tous les cancers dont les ganglions sont facilement accessibles, nous devons, si nous voulons améliorer un pronostic désespérant, nous engager résolument dans la voie des interventions larges qui, dans l'espèce, est la voie lymphatique.

La préparation du catgut.

M. Lucas-Championnière. — J'ai été surpris de lire dans les comptes rendus qu'un de nos collègues ignorât que la préparation chimique du catgut était encore en usage.

Non seulement elle est en usage, mais aucune des méthodes modernes de stérilisation n'a jamais donné des résultats comparables à ceux que donne très simplement la première. Ces résultats

sont pour moi si parfaits que j'ai le droit de redire que la question des fils résorbables, qui préoccupe la plupart des chirurgiens, est absolument résolue pour moi depuis plus de vingt-cinq ans.

C'est donc avec un étonnement constant que je vois périodiquement apporter, ici ou ailleurs, de nouveaux procédés de stérilisation du catgut d'une complication extraordinaire, qui demandent des techniciens éprouvés alors que, pour qui connaît bien la question, la production d'un catgut absolument stérile est la chose la plus simple du monde.

Depuis plus de vingt-cinq ans je fais des catguts absolument parfaits. Leur stérilité est si satisfaisante que j'use et j'abuse de ces fils. J'en laisse après toutes les opérations des réseaux enchevêtrés et superposés, sans que jamais personne ne constate une élimination.

Cependant comme j'estime que ce catgut est absolument résorbable, je n'ai pas des *numéros divers* de catgut, je n'emploie qu'un fil que l'on trouverait *énorme*, la chanterelle du violon prise au numéro 15 de la filière commune. Si j'ai un approvisionnement ancien de catguts fins, ce sont ceux que je réserve à des opérations délicates et je m'en sers si rarement qu'il y a plus de dix ans que j'ai acheté ceux que je conserve et dont j'use à l'occasion.

Je prends le catgut dans le commerce, et, sans stérilisation préalable aucune, je le place dans le mélange suivant :

Huile d'olive stérilisée.	100	grammes.
Phénol absolu	20	—
Eau	2	—

Les flacons de catgut ainsi préparés sont en bonne condition au bout de trois à quatre mois. Le catgut est souple, non cassant; *il a son maximum de ténacité.*

Je le prends dans mes approvisionnements pour le placer dans un flacon d'essence de térébenthine, où il séjournera un temps variable, de deux heures à huit jours et plus. On peut le laisser définitivement dans la térébenthine.

De là, je le tire au moment de l'opération pour le placer dans le plateau contenant de la solution phéniquée faible, à côté de mes instruments.

Quand je le prends là, il est souple, il est solide, le nœud se fait sans chance de cassure.

J'en mets des réseaux dans les tissus, des mètres dans la substance cérébrale sans avoir jamais vu un phénomène d'élimination septique.

Je me sers souvent des bouts de catgut recoupés à la surface d'une plaie dans laquelle ils ont traîné pendant toute une opéra-

tion. Je me contente de les baigner à nouveau dans la solution phéniquée aqueuse.

J'ai examiné les catguts de toutes sortes que l'on a proposés depuis plus de vingt ans. J'ai commencé par étonner mon ami Reverdin lorsque je lui dis que je n'avais nul besoin d'essayer son catgut, le mien étant *beaucoup plus souple, beaucoup plus solide que le sien et certainement mieux stérilisé.*

Depuis il en a été de même pour tous ceux que j'ai observés et je trouve vraiment qu'il y a, en pratique, abus à rechercher un produit nouveau quand on en tient un infiniment plus simple, qui a subi l'épreuve du temps et de l'expérience.

Ce catgut me semble avoir toute la perfection désirable. Le bain térébenthiné que je lui fais subir depuis plus de quinze ans me paraît l'avoir porté à toute sa perfection.

En effet, en cas de stérilisation insuffisante, cette imprégnation par la térébenthine me paraîtrait achever l'œuvre commencée.

Toutes les théories, du reste, doivent s'arrêter devant les faits. Je vois sans cesse les fils les plus recommandés amener des accidents d'élimination septique entre les mains d'autres chirurgiens. Chaque méthode nouvelle et dite parfaite donne lieu à des observations de ce genre et mène à y remédier.

Je ne vois jamais d'élimination dans mes opérations quelque soit le nombre des catguts que j'ai employés.

J'ai insisté ici sur ces faits parce que j'estime qu'avant de chercher ou de préconiser une invention nouvelle il ne serait pas mauvais de s'assurer qu'on n'a pas fait beaucoup mieux, et depuis longtemps.

M. Moty. — Je ne voudrais dire qu'un mot, c'est que je prépare moi-même mes catguts achetés bruts et non graissés en les plaçant dans des flacons à large goulot contenant un peu de ouate imprégnée de formol en solution aqueuse saturée; au bout de vingt-quatre heures passées dans le flacon à la température de la salle ou au bout d'une heure d'exposition au soleil mes catguts sont aseptiques et le [restent indéfiniment; jamais je ne perçois la moindre menace de suppuration attribuable au catgut depuis que j'emploie ce procédé de préparation, c'est-à-dire depuis deux ans.

Discussion.

A propos de l'appendicalgie (suite).

M. Picqué. — Je demande à revenir encore sur ce que j'ai dit à propos de la communication de M. Guinard.

Si l'appendicite fruste est réelle, il faut se garder de tomber dans une fâcheuse exagération et de considérer comme atteinte d'appendicite toute malade qui se présente à nous avec une simple douleur abdominale.

Il est certain qu'actuellement le public est obsédé par l'appendicite : tous lisent ce qui s'écrit sur cette maladie, tous interrogent fiévreusement médecins et chirurgiens, parce que tous sont effrayés à juste titre du récit d'accidents rapidement mortels. La crainte chez eux produit une véritable obsession : de là à la douleur ressentie il n'y a qu'un pas et cette obsession mentale est réellement contagieuse. Je n'en veux pour preuve que la note suivante qui m'a été envoyée depuis ma communication par un médecin-major de l'armée, très consciencieux, que je connais particulièrement et qui me prie de taire son nom pour des raisons faciles à comprendre.

Il s'agit d'une véritable épidémie d'appendicalgie survenue dans sa petite garnison.

En 1899 2 officiers ont été atteints d'appendicite, l'un a guéri, l'autre est mort de péritonite généralisée opérée tardivement. Ces deux cas produisent une vive émotion dans le milieu militaire de cette garnison.

Dans le mois qui a suivi la mort du deuxième malade, 9 officiers sur 25 sont venus consulter confidentiellement le médecin-major, chacun croyant d'ailleurs être le seul à lui rendre visite. Tous les 9 éprouvaient de la douleur dans la fosse iliaque droite ; 7 d'entre eux n'avaient aucune douleur à la palpation et ont été rassurés par un seul examen, grâce à l'action intelligemment suggestive du confrère. Un lieutenant déclarait souffrir à la pression du point de Mac Burney ; il a été quelques jours à se laisser tranquilliser.

Mais le plus atteint a été un chef de bataillon qui s'est couché, est resté cinq jours au lit se croyant très malade, souffrant spontanément à la pression sans qu'il ait d'ailleurs aucun autre symptôme (pas de fièvre ni de défense musculaire).

Un professeur appartenant à une Faculté de Médecine voisine fut appelé en consultation et, admettant une obsession pure et

simple proposa un traitement purement psychique consistant en pointes de feu. La guérison a été instantanée et se maintient depuis quatre ans.

Je vous livre sans commentaires ce récit qui pourra peut-être donner la clef de certaines épidémies dites familiales, dont je ne veux d'ailleurs nullement contester la réalité dans le plus grand nombre de cas.

Je veux lui opposer une autre constatation qui me paraît intéressante. Dans le milieu des aliénés, composé de ces malades prédisposés aux obsessions diverses dont j'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre, l'appendicite, au moins dans ses formes chroniques, n'existe pas.

Peut-être faut-il penser qu'ils sont à l'abri de l'obsession d'une maladie qu'ils ne connaissent pas, et dont ils n'entendent que bien rarement parler.

J'ai eu l'occasion ces jours-ci encore à l'hôpital Bichat de voir deux malades qui m'ont été présentés par leur médecin comme ayant éprouvé des symptômes d'appendicite et qui invités par moi à me désigner le point douloureux de la fosse iliaque, commençaient pour me le montrer, à repérer la ligne ilio-ombilicale. La réalité de ces appendicites m'a apparu au moins pour l'une bien suspecte ; ni l'une ni l'autre n'avait présenté d'ailleurs, de crise antérieure bien nette.

Je veux enfin vous rapporter ici un cas bien curieux de mon service et qui date d'hier seulement. Je vous présente en même temps le malade et son observation qui a été rédigée par les soins de M. Labrunie, externe de service.

L..., âgé de trente-six ans, m'est envoyé à Bichat par un médecin distingué de la ville qui dans une lettre me dit que le malade aurait eu des crises d'appendicite et demande mon avis sur l'opportunité d'une intervention.

Les antécédents héréditaires du malade sont les suivants. Je les rapporte en détail :

Antécédents héréditaires. — Grand'père alcoolique, grand'mère, asthmatique, présentant fréquemment des étourdissements et des vertiges.

Mère, morte il y a deux mois d'affection cardiaque ; a été rhumatisante toute sa vie ; elle est très nerveuse aussi, mais sans crises.

Père, emporté et coléreux, cardiaque, présenterait d'après le malade quelques idées de persécution.

Collatéraux : une sœur morte, à un mois, de méningite, six frères :

Premier : L'aîné est le malade ;

Deuxième : Mort à vingt et un ans de tétanos après accident ;

Troisième : Vivant, vingt-neuf ans, mélancolique ;

Quatrième : Bien portant, très renfermé ;

Cinquième et sixième : Morts en bas âge dont l'un de méningite.

Antécédents personnels. — Au début de la vie, pas de convulsions. Bien portant jusqu'à sept ans; à sept ans et au delà, pendant deux ou trois ans, crises fréquentes de somnambulisme. A la nuit, il a la sensation de tomber dans un puits ou d'être brusquement réveillé; il se lève parcourant les pièces de l'appartement ou même sortant de la maison.

Reste jusqu'à dix ans et demi à l'école où il travaille bien, a son certificat d'étude. Est très renfermé et joue peu; à onze ans, entre en apprentissage et devient mouleur en cuivre. Il y reste jusqu'à quinze ou seize ans. Après ce temps, il n'a pas de travail pendant assez longtemps et commence à se froisser avec ses parents, qui dit-il, sont plus sévères avec lui qu'avec ses frères parce qu'il ne rapporte pas d'argent. Je restais dans Paris, ajoute-il, toute la journée avec un morceau de pain et quatre à cinq sous, et le soir en rentrant on me faisait manger à la cuisine. Enfin, il trouve du travail dans une boucherie où il est logé et nourri. Est alors de nouveau en bons termes avec ses parents. Reste dans cette boucherie jusqu'à son départ au régiment. Jusqu'alors, il n'a présenté aucune maladie et ne se plaint que de quelques étouffements qui surviennent sans raison, de coliques et de quelques douleurs dans le côté droit. De temps à autre, se plaint aussi de maux de tête, mais peu violents et disparaissant vite.

Reste trois ans au régiment. Ne s'est jamais si bien porté.

A son retour du régiment, il revient chez ses parents où il prend pension; mais bientôt de nouveaux froissements l'obligent à vivre seul jusqu'à son mariage. Il habite une chambre d'où il sort peu, où bien souvent il fait sa cuisine lui-même et où il se livre à sa principale occupation qui est la lecture.

De 1892 à 1896 il est chauffeur dans une compagnie de chemin de fer. Durant ce temps ses douleurs intestinales augmentent de fréquence et d'intensité. Des douleurs rhumatismales dans le pied gauche l'obligent à quitter son travail pendant une vingtaine de jours. A trois reprises il est exposé à des tamponnements et se plaint pendant longtemps de douleurs de reins qu'il attribue aux secousses qu'il y a ressenties.

De 1896 à 1899 il est watmann dans une compagnie de tramways électriques, devient de plus en plus hypocondriaque et nerveux, s'emporte facilement, a des idées de suicide; a fréquemment la crainte de ne pas réussir dans son travail et cette crainte lui donne de véritables sensations d'angoisse. — A plusieurs reprises, lorsque le tramway qu'il conduit est arrêté par d'autres voitures, des désirs lui viennent d'avancer à toute vitesse et de tout renverser.

De 1899 à 1903 il est employé dans les usines de la Ville de Paris à Colombes. Il prétend que de nombreux refroidissements ont provoqué chez lui un empoisonnement du sang; et comme il a vu assez fréquemment des médecins, il a dressé un tableau détaillé des maladies qu'il peut avoir.

Je reproduis ce tableau qui indique combien le malade est préoccupé de son état, combien il le ressasse dans son esprit et avec quelle exactitude il en conserve le souvenir des différentes phases.

Dr B...	Du 15 novembre au 15 décembre 1889. .	Refroidissement.
Dr C...	Du 12 mai au 23 mai 1900	Refroidissement.
—	Du 15 juillet au 19 juillet 1900	Neurasthénie.
—	Du 27 juillet au 31 juillet 1900	Neurasthénie.
—	Du 9 novembre au 20 novembre 1900 .	Troubles gastriques.
—	Du 20 décembre au 23 décembre 1900. .	Troubles gastriques.
—	Du 15 janvier au 23 janvier 1901	Gastro-entérite.
—	Mois de mars 1901.	Congestion pulmonaire.
—	Mois d'avril 1901.	Congestion pulmonaire.
—	Du 22 juillet au 25 juillet 1901	Dyspepsie.
—	Du 5 août au 9 août 1901	Entérite.
Dr T...	Du 21 août au 2 septembre 1901	Entérite.
Dr G...	Du 13 septembre au 24 septembre 1901.	Névropathie.
—	Du 20 décembre au 13 janvier 1902. . .	Grippe infectieuse.
—	Du 17 février au 23 février 1902.	Gastro-entérite.
—	Du 21 mars au 4 avril 1902.	Bronchite.
—	Du 27 mai au 31 mai 1902	Entérite.
—	Du 9 juillet au 21 juillet 1902	Bronchite et conjonctivite.
—	Du 29 novembre au 21 décembre 1902 .	Refroidissement.
—	Du 18 mars au 23 mars 1903	Hématurie.
—	Du 11 avril au 15 avril 1903.	Hématurie.
—	Du 3 juin au 16 juin 1903.	Entérite.
—	Du 17 juillet au 20 juillet 1903	Névralgie faciale.
—	Du 21 août au 2 septembre 1903	Entérite.

Le tableau est inachevé et s'arrête là.

S'est marié en 1894. A deux enfants : une petite fille de sept ans et un petit garçon de quatre ans qui est très nerveux. N'a pas eu tout le bonheur qu'il désirait dans son ménage. Il trouve que sa femme n'est pas une femme d'ouvrier, une femme pour lui, qu'elle a des goûts trop luxueux.

Etat actuel. — Entre à l'hôpital parce que depuis le commencement de décembre 1904 ses douleurs dans le ventre deviennent très fréquentes et très vives, s'accompagnant de diarrhée et d'abattement général. Ces douleurs se font surtout sentir dans la fosse iliaque droite et ne lui permettent pas parfois de se coucher sur ce côté.

Maux de tête fréquents ayant commencé d'abord par un seul côté puis s'étendant à tout le front et enfin à toute la tête. Ces maux de tête s'accompagnent fréquemment de tremblements dans tout le corps; ils sont bien plus violents le soir que dans la journée et empêchent le malade de dormir.

Les nuits sont du reste très mauvaises et le malade ne se souvient pas avoir eu une nuit entière sans cauchemar.

A des transpirations fréquentes et abondantes à la moindre fatigue physique ou intellectuelle. Pendant que je l'interroge il est couvert de sueur.

Est d'une sensibilité qu'il reconnaît exagérée à tout ce qui se passe autour de lui, mais ne peut être différemment.

Se plaint de mauvaises digestions, de lourdeur d'estomac, de douleurs dans le creux épigastrique, de dilatation s'accompagnant d'éruc-

tations se produisant après le repas, mais souvent aussi avant de se mettre à table. Gonflement abdominal fréquent.

Pendant qu'il me raconte toute sa vie, son attention est très soutenue et il paraît faire un effort considérable; son front est plissé, ses yeux sont fixes et humides et à plusieurs reprises le malade pleure. Il m'expose toute sa maladie avec un luxe de détails inouï dont il se souvient merveilleusement tandis qu'il oublie parfois des mots le plus souvent très simples et très communs.

Examen. — A l'examen on écarte tout de suite l'idée d'appendicite à laquelle les douleurs à droite pouvaient faire songer. En effet, il n'y a ni défense ni hyperesthésie et la douleur qui existe quand le malade est prévenu est purement nerveuse. Il suffit de détourner l'attention de ce malade pour pouvoir appuyer sur la région appendiculaire sans réveiller la moindre douleur.

D'ailleurs on note plusieurs stigmates d'hystérie. Pas de réflexes pharyngiens. Pas de réflexes cornéens.

Hypoesthésie à gauche. Lorsqu'on traverse le bras gauche sur une certaine épaisseur à l'aide d'une épingle, le malade ne révèle qu'une faible douleur. Tremblement dont nous avons parlé et qui accompagne les maux de tête. Eructations fréquentes et troubles digestifs. Réflexe rotulien exagéré à droite.

Absence de réflexes crémastériens, absence du signe de Babinski.

Etude de la sensibilité spéciale. A seize ans, surdité durant un mois venant à la suite de rhumes fréquents. Inégalité pupillaire et pupille plus large à droite.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

J'ai tenu à rapporter les longs détails, en apparence inutiles, que m'a donnés le malade sur son existence; ils montrent que les moindres incidents de son existence l'ont frappé : il les a bien classés dans son cerveau pour les retenir. Il en fait l'énumération après bien des années; c'est là une caractéristique de l'hypocondrie et d'un état mélancolique.

J'ai montré d'autre part les stigmates d'hystérie présentés par lui, et enfin les vrais caractères de la douleur iliaque sur lesquels notre collègue Walther a justement attiré notre attention dans la dernière séance.

Je crois donc, au résumé, qu'avant de se prononcer sur la réalité de l'appendicite chronique fruste, il est nécessaire de soumettre le malade, comme je l'ai fait dans mon cas, à un examen approfondi, sous peine de pratiquer une intervention inutile et d'aggraver même l'état préexistant du malade.

M. Pozzi. — Je crois que notre collègue a eu raison d'appeler de nouveau l'attention sur les *fausses appendicites*, dues à l'autosuggestion, soit du malade, soit du médecin. J'ai observé récem-

ment une jeune fille qui a fini par se donner tous les signes de l'appendicite chronique, après avoir vu plusieurs de ses jeunes amies opérées pour cette maladie. Elle avait d'abord localisé le point de Mac Burney à gauche, mais après mon premier examen elle a rectifié la symptomatologie. J'ai refusé de l'opérer, mais elle l'a été peu après par un autre chirurgien.

Je prends occasion de cette communication, complément de celle de M. Guinard, pour remarquer que nombre de cas d'*appendicalgie* devraient être plutôt dénommés *appendicophobie*. Si l'on examine, cette défalcation faite, ce qui reste des cas composant la nouvelle entité morbide créée par notre collègue, on y trouve d'abord les *corps étrangers* de l'appendice qu'on confond à tort, je crois, avec l'appendicite chronique, puis un certain nombre de faits où l'appendice était sain. A ceux-là seuls, à la vérité, conviendrait le nom d'*appendicalgie* (c'est-à-dire de névralgie *sine materiâ*), s'il est effectivement démontré que l'appendice était réellement le siège de douleurs quoiqu'il ne fût pas altéré; mais il semble que cette proposition est bien dangereuse et risque d'ouvrir la porte à de grands abus opératoires, et l'*appendicophobie* pourrait bien être, dans ces derniers cas, le fait du chirurgien lui-même.

M. Guinard. — En faisant ici la communication qui a donné lieu à cette longue discussion sur les erreurs de diagnostic dues à des douleurs d'origine appendiculaire, j'avais signalé deux écueils à éviter. Je vois maintenant qu'il y en avait un troisième dont je n'ai pas su me garer, faute de l'avoir prévu : c'était de n'être point suffisamment compris de tous.

Je ne parle pas de notre collègue Lejars qui a résumé mon travail avec un sens clinique et une lucidité incomparables, et dont je signerais des deux mains la communication; il a pénétré ma pensée et m'a fait l'honneur de ne pas s'attacher à la lettre et de lire entre les lignes, en évitant soigneusement, comme l'a si bien fait remarquer mon ami Potherat, « d'outrer mes conclusions afin de les combattre plus aisément ». Mais je fais allusion à la communication de M. Quénu, sur laquelle je m'arrêterai tout d'abord.

Un chirurgien, qui n'aurait pas lu mon mémoire et ne le connaîtrait que par les citations que M. Quénu en a faites dans sa réponse me croirait assurément étranger aux notions les plus élémentaires de la clinique et de la pathologie.

« M. Guinard, dit-il, veut déposséder systématiquement, au profit de l'appendicite, la plupart des maladies du ventre, contenant et contenu : hernies, éventrations, kystes et fibromes, ovaires scléro-kystiques, foie, rein et estomac..... »

« Pour M. Guinard, il faut poser l'équation : douleur fixe dans la fosse iliaque droite égale appendicite. »

Et plus loin : « D'après M. Guinard, toute la réaction symptomatique de l'appendicite chronique se réduit à la douleur. Il ne nous parle, en effet, ni des troubles digestifs, ni des altérations de l'état général, ni de la dénutrition, il n'y a rien que la douleur; le seul symptôme est la douleur, voilà ses propres termes. »

Messieurs, je me sens en vérité un peu humilié d'avoir à me défendre de pareilles accusations. Je le ferai cependant pour l'estime particulière que je porte aux opinions de M. Quénu, et à cause de l'autorité légitime qui s'attache à tout ce qu'il écrit.

Je commence par le chapitre des hernies douloureuses qui, selon moi, sont parfois des hernies coexistant avec de l'appendicite chronique.

M. Quénu me dit que « certaines hernies, surtout lorsqu'elles sont peu développées, à l'état de pointe, déterminent des phénomènes douloureux ». Mais je n'ai jamais dit le contraire. J'ai parlé de grosses hernies anciennes, qui sont restées des mois ou des années sans être douloureuses, et qui tout à coup le deviennent, et j'ai dit qu'en pareil cas on pouvait songer à l'appendice.

M. Quénu pourra voir sur mon texte que j'ai souligné « en général » dans la phrase suivante : « Une hernie qui se réduit bien n'est *en général* pas douloureuse. »

Cela ne contredit nullement sa proposition que « *certaines* hernies sont douloureuses ». Il n'était même pas nécessaire de citer une observation pour montrer que la cure radicale de la hernie peut guérir des douleurs abdominales. Nous avons tous guéri des malades dans ces conditions-là. L'observation de M. Quénu ne viendrait « tout à fait à l'encontre de ma thèse », comme il le dit, que si j'avais eu la fantaisie absurde de soutenir que la hernie, douloureuse par elle-même, n'existe pas. Ce que je maintiens, c'est que de prétendues hernies douloureuses ne sont PARFOIS que des hernies compliquées d'appendicalgie, et que si on se borne en pareil cas à opérer la hernie, les phénomènes douloureux persistent. J'ai d'ailleurs pris soin d'indiquer que la question se pose seulement pour les hernies droites, ce qui signifie clairement qu'il y a des hernies *gauches* douloureuses par elles-mêmes. Et s'il y en a à gauche, il y en a bien aussi évidemment à droite. Si je n'ai pas insisté de cette façon dans ma communication, c'est par cette sorte de pudeur qui nous empêche de dire à cette tribune des choses par trop élémentaires.

Si je passe aux fibromes douloureux, je vois M. Quénu citer entre guillemets cette phrase de mon mémoire : « Les malades

qui souffrent de leurs fibromes utérins ont neuf fois sur dix de l'appendicite. » Mais cette phrase ainsi détachée trahit complètement ma pensée : « neuf fois sur dix » veut ici dire souvent; et la preuve, c'est que quelques lignes plus loin je donne les chiffres exacts de ma pratique, et je dis que, 11 fois sur 18 fibromes douloureux, j'ai trouvé de l'appendicite chronique. Ce n'est donc pas 9 fois sur 10 qu'il faut lire, mais bien 60 fois sur 100 ou 6 fois sur 10. La suite de mon texte corrigeait du reste ce que ma locution avait de vicieux.

Je remarque d'ailleurs, en lisant la réponse de M. Quénu, que précisément pour montrer que le fibrome utérin peut être douloureux par lui-même, il nous cite deux observations dans lesquelles c'est l'ovaire comprimé qui cause les douleurs. Dans l'une, le fibrome pédiculé venait heurter un ovaire « dont la sensibilité réflexe paraissait exaspérée ». Dans l'autre, « l'ovaire gauche était enclavé au fond d'un sillon, entre deux lobes fibromateux d'une part, et la paroi postérieure du petit bassin d'autre part ».

Or, j'ai dit explicitement qu'on ne devait songer à l'appendice que si on ne trouvait pas ailleurs de quoi expliquer les douleurs. Dans les deux cas cités par M. Quénu, on trouvait l'explication des douleurs du côté de l'ovaire : il n'y avait donc pas à se préoccuper de l'appendice.

Et malgré l'argumentation de M. Quénu, je persiste à croire que « lorsqu'on opère un fibrome douloureux, *alors qu'on ne trouve rien dans les annexes qui explique les douleurs*, on devra réséquer l'appendice, pour peu qu'il ne soit pas correct (longueur anormale, volume anormal, boulettes fécales ou petits calculs dans sa cavité, adhérences ou coudure légère etc. ».

Et ici, Messieurs, je demande à insister sur un fait considérable qui a peut-être échappé à quelques-uns d'entre vous. Au cours de cette discussion, trois de nos collègues, MM. Routier, Lejars et Walther, nous ont donné comme précepte général *d'enlever l'appendice — qu'il soit sain ou qu'il soit anormal — toutes les fois qu'on fait une laparotomie.* Je n'ai jamais vu cela écrit nulle part, et je crois bien que c'est la première fois que cette proposition est formulée. Le fait est que l'observation citée par M. Lejars est impressionnante. Il opère une malade pour un fibrome utérin, et six mois après cette opérée vient mourir dans son service d'une appendidicite suraiguë. De là cette pratique de M. Lejars. « Même s'il paraît sain (l'appendice), j'ai grande tendance à l'enlever presque toujours », nous dit-il. Et M. Routier et M. Walther sont encore plus formels. « J'estime, dit M. Routier, rendre un gros service aux malades auxquelles je fais une laparotomie en leur enlevant en même temps l'appendice. » Je le répète : ce précepte me paraît



nouveau et j'y insiste. Je n'ose pas dire qu'il y a là quelque exagération, pour ne pas me servir d'un argument dont on a beaucoup usé contre moi, mais je crois cependant n'avoir rien écrit d'aussi intransigeant dans ma communication.

Il est de fait que bien des fois, si, en enlevant un ovaire scléro-kystique, on avait, suivant ce précepte, excisé concurremment l'appendice, on aurait évité bien des mécomptes ultérieurs. Encore une fois, je ne dis pas qu'il n'existe pas d'ovaires scléro-kystiques douloureux : je dis seulement que parfois, on attribue à l'ovaire des douleurs appendiculaires. J'ai opéré la semaine dernière dans mon service de Saint-Louis une malade que l'ablation d'un ovaire scléro-kystique faite il y a deux ans par un de mes maîtres n'avait nullement soulagée. Je lui ai trouvé un appendice macroscopiquement très malade, contenant une bouillie de pus sanguinolent. Pour cet appendice, les lésions étaient grosses et visibles, et le microscope était inutile. Mais j'avoue que pour d'autres cas, l'examen histologique serait fort intéressant, et M. Quénu a pu, avec quelque raison, me reprocher de n'avoir pas fait examiner au microscope mes appendices. Cependant il y a un autre critérium qui vaut le microscope, c'est la guérison des malades. C'est le cas de répéter une fois de plus : « Naturam morborum curationes ostendunt ». Voici une malade qui souffre dans le ventre : je lui fais un Schrœder, ou une périnéorraphie, ou une cure radicale de hernie ombilicale, etc... (voir mes observations), et elle me revient ensuite avec les mêmes douleurs qu'avant mon opération. J'enlève alors son appendice et elle ne souffre plus. Même si le microscope ne décelait rien dans cet appendice, je me croirais en droit de conclure que c'était lui la cause des douleurs, peut-être par une adhérence ou une coudure qui n'ont laissé aucune trace sur la muqueuse.

Et voyez la contradiction. M. Picqué, qui a fait une analyse très serrée de mon mémoire, nous cite une malade atteinte d'une hernie crurale douloureuse qu'un de nos collègues avait opérée. Les douleurs continuant après l'opération, cette malade et son médecin les attribuent à une petite récidive de la hernie opérée. M. Picqué diagnostique un ganglion et se décide à l'enlever, en montrant au médecin que l'anneau était bien fermé et que la première opération avait été très correcte. « Hélas! dit M. Picqué, peu de jours après, la malade, *qui n'avait plus rien*, déclarait souffrir encore et présenter une récidive de son mal. Je me garderais bien de lui enlever l'appendice, si elle m'accordait à nouveau sa confiance... il s'agit bien là d'une obsédée... il faudrait bien se garder d'aller chercher dans l'appendice la cause d'un état morbide qui ne relève que de la psychiatrie. »

Mais là, mon ami Picqué n'a pas vu l'appendice, ni au microscope, ni macroscopiquement. Et qui sait si sa malade n'a pas tout simplement de l'appendicite chronique ? Son raisonnement ne serait inattaquable que s'il avait vu, de ses yeux, l'appendice.

J'ai abusé peut-être un peu de l'appendicite chronique, mais M. Picqué est-il bien sûr qu'on n'abuse pas un peu aussi de la névropathie, des psychoses et de la neurasthénie? La haute situation que M. Picqué occupe dans le asiles de la Seine le met en rapport avec un nombre considérable de malades dont l'état mental est une source inépuisable d'erreurs de diagnostic. Qui sait si quelques-unes de ses malades, qu'on a bientôt fait de qualifier d'obsédées, ne seraient pas guéries par l'ablation d'un appendice sournoisement malade? Prenez garde, nous dit avec raison M. Picqué : « autrefois dans ces cas (d'obsession) on intervenait par le curettage ou la résection de l'ovaire; vous nous proposez aujourd'hui la résection de l'appendice ». A tout prendre en vérité, abus pour abus, si je puis dire, il est encore préférable de s'adresser à l'appendice et de laisser les ovaires en place. Mais l'idéal assurément est de rester dans la juste mesure. Et c'est là ce qui rend la question si délicate. Aussi, de tous les reproches qui m'ont été faits, celui qui me paraît le plus injustifié, c'est le suivant.

« Vous paraissez vouloir simplifier à l'excès la pathologie abdominale », me dit M. Quénu. Je pense au contraire que cette notion de l'appendicalgie complique « la pathologie abdominale ». L'examen des malades est plus délicat et plus complexe, s'il faut penser à l'appendice — et il faut y penser — quand on examine un ventre douloureux. Il est bien plus « simple » de dire en voyant un hernieux qui souffre : c'est la hernie qui cause les douleurs. Et l'examen se complique s'il faut s'enquérir du passé appendiculaire du malade, s'il faut interroger son cadre colique, etc., et se demander en fin de compte si quelque contingence n'est pas l'occasion de douleurs survenant dans une vieille hernie restée indolore pendant des années. Et l'examen se complique encore, s'il faut penser à ces obsédées de la douleur sur lesquelles M. Picqué a eu cent fois raison d'insister. M. Quénu dit ironiquement qu'après avoir cité presque toute la pathologie du ventre, j'ai ajouté... : « et j'en oublie sans doute ». Et oui, j'en oubliais dans mon énumération. J'oubliais les obsédées de M. Picqué; j'oubliais les faux coxalgiques, dont nous a parlé M. Walther; j'oubliais le choléra incriminé dans un cas intéressant cité ici par M. Moty qui y a été pris lui-même; j'oubliais enfin la pyélite et la pyélo-néphrite avec cette « douleur paraombilicale » si bien précisée par M. Bazy.

Toutes ces notions ne sont pas pour « simplifier à l'excès » la pathologie du ventre.

M. Walther nous a dit qu'un interrogatoire très serré permet toujours de faire le diagnostic d'appendicite chronique, et à ce propos il nous a rappelé tous les signes cliniques de cette affection. Il est bien évident que lorsque ces signes existent, l'hésitation n'est plus permise. Mais ma communication avait entre autres objets celui d'appeler l'attention sur des cas d'interprétation délicate, dans lesquels on ne trouve qu'un minimum de ces symptômes classiques : et c'est pour ces cas là que j'avais parlé « d'appendicalgie » (un mot auquel je ne tiens en aucune façon d'ailleurs). Je n'ai pas voulu dire que la douleur est le seul signe de l'appendicite chronique; mais je pense que dans quelques cas — les plus trompeurs — les signes classiques sont très atténués, sinon absents, et qu'alors les caractères de la douleur peuvent encore mettre sur la voie du vrai diagnostic.

Pour moi, s'il faut dire toute ma pensée, le point délicat de la question a été très bien traité par MM. Lejars et Potherat : c'est de se garder de l'erreur de diagnostic en sens inverse et de prendre pour une appendicite chronique une affection douloureuse quelconque.

Là est la vraie difficulté, et mon maître, M. Millard, m'écrivait très sagement après avoir lu mon mémoire : « N'y aurait-il pas à faire la contre-partie de votre travail, en recherchant tous les cas qui ont été diagnostiqués et opérés à tort pour des cas d'appendicite, alors qu'il s'agissait de toute autre maladie abdominale à début brusque, coliques hépatiques ou néphrétiques, perforation intestinale, iléus, hystérie, etc...? » M. Lejars a ainsi opéré un typhique dont l'appendice était sain, et a été appelé pour opérer d'appendicite un malade atteint... de pneumonie. Eh bien, voici ce que je répondrai sur ce point :

Ces erreurs ne sont pas aussi fréquentes qu'on le pourrait penser. J'en trouve la preuve dans ma pratique personnelle. Une seule fois, il m'est arrivé avec mon maître, M. Peyrot, d'opérer une typhique qui présentait des symptômes appendiculaires, et qui nous venait du service de M. Landrieux. L'observation est d'ailleurs publiée. Une autre fois, en ville, des confrères m'ont appelé en consultation pour une jeune fille qui, malgré ses symptômes appendiculaires, n'avait qu'une fièvre typhoïde. Cette fois, je n'opérai pas, et la fièvre typhoïde suivit son cours. Si je mets d'un côté ces deux faits, et de l'autre toutes les erreurs inverses citées dans ma communication, je crois pouvoir conclure que ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes. Et puis, j'ajouterai qu'à tout prendre, il vaut mieux pour les malades en général

se tromper dans un sens que dans l'autre. Un malade à qui on enlève indûment l'appendice n'éprouve pas un gros dommage, alors qu'une appendicite chronique méconnue donne de graves mécomptes; et je pense qu'en matière d'appendicite chronique, si l'idéal est comme ailleurs de ne jamais se tromper, il vaut mieux pécher par excès que par défaut. Aussi, suis-je tenté de me rapprocher de nos collègues Routier, Lejars, Walther qui enlèvent toujours l'appendice au cours de leurs laparotomies.

Jusqu'ici, je n'avais conseillé cette ablation que lorsque l'appendice paraît anormal, et j'avais donné comme une indication, entre autres, la longueur démesurée de cet organe, en faisant allusion à un appendice de 18 centimètres de long chez un de mes malades. « Que dire de la longueur démesurée de l'appendice? Quand la taille de l'appendice est-elle démesurée? » me répond M. Quénu. Et il nous cite le livre de M. Poirier qui, d'après Luschka, note des appendices courts de 2 cent. 1/2 et des appendices longs de 20, 22 et 23 centimètres. Eh bien, je le dis très haut, je me méfie des appendices de 15 centimètres et plus. Je crois que ces appendices longs sont un danger pour les sujets qui en sont porteurs, et si j'ai l'occasion de les enlever, je crois rendre service en les excisant. Les anatomistes sont tenus à l'examen des faits bruts; il est clair que tous les appendices qui ont plus de 15 centimètres ne sont pas voués fatalement à l'infection, mais je pense qu'ils y sont plus exposés que ceux qui ont la longueur moyenne indiquée par M. Poirier, c'est-à-dire de 6 à 12 centimètres. Prenez un livre d'anatomie, et vous verrez que la taille humaine va de $1^{m}54$ à $1^{m}85$, pour ne pas parler du nain de 89 centimètres et du géant de $2^{m}53$ qui sont au Musée Orfila. Est-il besoin d'une toise pour dire à première vue d'un homme qu'il est grand ou que sa taille est démesurée? N'en va-t-il pas de même pour l'appendice? et pour un œil exercé est-il si difficile de dire, à première vue, qu'un appendice est d'une longueur qui dépasse la moyenne?

Mais je ne veux pas abuser de l'attention de la Société de Chirurgie. J'ai pourtant une série de documents intéressants qui me sont venus spontanément de tous les coins de la France. Notre collègue M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), qui est membre correspondant de la Société de Chirurgie, m'envoie deux observations qui l'ont mis « en complète communauté d'idées avec moi ».

Une femme de vingt-huit ans, fille d'un de nos anciens collègues, souffrait depuis deux ans d'une dyspepsie tenace. Son estomac ne supportait que le lait et les œufs en petite quantité. De vives douleurs épigastriques irradiaient dans tout le ventre. Toute la thérapeutique y avait passé sans succès, avec les diagnostics de neurasthénie, d'hystérie, etc... M. Houzel, qui en était

arrivé à craindre de la tuberculose de l'estomac, découvrit un jour dans la fosse iliaque droite un point douloureux en dehors du point de Mac Burney. Ce point s'exaspérait au moment des crises d'estomac et pendant la digestion.

L'opération, faite le 25 juin 1902, montra « un appendice gros comme l'auriculaire, sclérosé, avec un pigment hémorragique sur toute sa surface; il contenait sept noyaux de matière fécale durcie qui, au travers des parois épaissies de l'appendice, donnaient la sensation de petits noyaux de fruits ». La guérison a été complète et ne s'est pas démentie depuis près de deux ans.

Le second fait est plus récent et concerne une femme obèse, âgée de quarante-quatre ans, mère de sept enfants, qui depuis six ans souffrait au point d'être obligée de garder le lit. Elle se plaignait non seulement de la fosse iliaque, mais des lombes, et la position horizontale exaspérait souvent ses « douleurs de reins », ce qui l'obligeait à se lever malgré son état général. « Un examen minutieux, dit M. Houzel, m'ayant fait trouver une vulve un peu béante, un utérus légèrement descendu, mais rien du côté des annexes, je cherchai dans l'énorme masse du ventre où tous les organes étaient en ptose et recouverts d'une paroi graisseuse épaisse, et je trouvai un point douloureux dans la fosse iliaque droite un peu au-dessous du point de Mac-Burney, et la malade finit par me dire que les douleurs partaient toujours de ce point-là. » Fort heureusement, M. Houzel enleva l'appendice par une incision un peu basse pour vérifier l'état des annexes qui, attirées dans le champ opératoire, se montrèrent normales. L'appendice avait 11 centimètres de long : il était plus gros qu'un crayon, bourré de matières fécales, et coudé en son milieu par un méso graisseux gros comme l'index. Toutes les douleurs des lombes et du ventre ont disparu, et la malade a repris sa vie coutumière.

Je demande encore à citer un dernier fait qui m'a comblé de joie. C'est une histoire qui, jusqu'à la lecture de ma communication, était restée mystérieuse pour le D[r] Girou, d'Aurillac. Le 25 septembre 1901, le D[r] Girou opère une malade qui avait un énorme kyste de l'ovaire, surtout développé à gauche, au point d'avoir fait penser à une tumeur de la rate; cette malade « avait toujours souffert à droite », bien que la tumeur siégeât à gauche, et comme ces douleurs revenant par crises s'accompagnaient de vomissements, le D[r] Girou pensa à un kyste à pédicule tordu. La laparotomie montra qu'il y avait, outre le volumineux kyste gauche, un kyste multiloculaire de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus.

La malade resta apyrétique pendant dix jours, puis fut prise de douleurs à droite dans le ventre, et, malgré la présence d'un

boudin à ce niveau, le Dr Girou ne pensa pas à une crise d'appendicite survenant ainsi, la malade étant au lit, soumise à un régime lacté strict. Il crut avoir oublié, au cours de sa laparotomie, une compresse dans l'abdomen, et ce n'est que le 2 novembre qu'il se décida à intervenir de nouveau : la température, après être descendue à la normale, était remontée à 38°5. L'opération mena sur un volumineux abcès appendiculaire, remontant sur la paroi externe du côlon ascendant auquel était collé un appendice turgescent avec des lésions chroniques anciennes. La malade quitta son lit vingt jours après, complètement guérie. Et le Dr Girou ajoute : « Elle attribue sa guérison à la première opération et non à la seconde; je faisais comme elle jusqu'à ta communication, et maintenant je pense autrement. »

Cette histoire se passe de commentaires. Je n'en finirais pas si je rapportais ici toutes les observations que j'ai reçues depuis deux mois sur ce sujet, et si je relatais toutes celles que j'ai recueillies moi-même dans ma pratique. Je termine donc en m'excusant d'une aussi longue réponse, mais je suis convaincu que tout ce qui a été dit sur ce sujet doit être utile aux malades comme aux chirurgiens.

En somme, il est possible qu'après ma communication et la discussion qu'elle a provoquée, on enlève indûment quelques appendices. Je n'en ai que peu de remords, et j'adresse par avance aux malades ainsi privés à tort de leur appendice les hommages consolateurs des innombrables opérés qui auront bénéficié de cette intervention.

M. Quénu. — La douleur, *sans aucun autre symptôme*, est un signe insuffisant d'appendicite chronique, parce que nombre d'affections abdominales déterminent aussi une douleur iliaque droite, de localisation analogue. Voici ce qui résume mon argumentation. Les nouveaux faits qu'apporte M. Guinard, ceux de M. Houzel, par exemple, les réflexions de M. Walther confirment ma façon de voir.

Rapports.

Sur le traitement de l'hypospadias balanique, par M. P. Villemin.

Rapport par M. FÉLIZET.

Notre collègue P. Villemin vous a présenté un mémoire sur le *Traitement de l'Hypospadias balanique et pénien*, par une opéra-

tion simple, facile, sûre et j'oserai dire élégante, qui se rapproche sensiblement du mode opératoire décrit, il y a six ans, par MM. Bardenhauer et von Hacker.

La chirurgie de l'hypospadias procure, vous le savez, de fréquentes déceptions; les procédés mis en usage sont très nombreux et leur nombre seul suffirait pour nous apprendre que la tâche est malaisée. Les autoplasties basées sur l'emprunt des téguments adjacents ou voisins procurent souvent des résultats fonctionnels ou esthétiques défectueux.

La méthode de M. S. Duplay est, en vérité, la seule qui fournisse des succès; mais vous n'ignorez pas que les succès obtenus intégralement et du premier coup sont rares; j'en appelle à vous tous pour reconnaître ici que l'on est souvent obligé à des interventions réitérées.

Chose curieuse! c'est surtout la réfection de la partie antérieure du canal urétral et du méat qui est en défaut, alors que la restauration de l'urètre pénien a été obtenue intégralement.

Difficile chez l'adulte, la cure parfaite de l'hyspospadias est chez l'enfant à peu près inespérable, au-dessous de la dixième année.

J'en ai fait l'épreuve et j'étais arrivé à me demander si je n'étais pas, par mon ignorance ou par ma maladresse, la cause de tant d'insuccès. Trois de mes collègues, habiles entre tous, ont bien voulu venir opérer des hypospadias dans mon service : ils ont été aussi malheureux que moi.

Le plus heureux des trois m'a laissé une fistule, mais une fistule tellement large qu'elle suffisait à l'écoulement intégral de l'urine, la partie antérieure de l'urètre ne méritant pas en vérité le titre de canal.

La cause des insuccès est facile à comprendre : la réussite de la suture la mieux faite est pendant six ou huit jours à la merci du contact d'une goutte d'urine et une seule goutte suffit pour faire tout craquer.

Pouvez-vous, soit au moyen de la sonde à demeure, soit par des sondages réguliers et fréquents, mettre vos sutures à l'abri de ce contact nuisible, et encore êtes-vous sûrs que l'urétrite et la cystite ne vont pas, après deux ou trois jours, infecter votre adhésion et tout compromettre en un instant?

Malgré tout, chez l'adulte, l'étoffe ne manque pas, les avivements sont en large surface et l'accolement peut encore tenir bon.

Ajoutez que l'adulte, dans l'ardeur qu'il a de guérir de son infirmité, s'observe avec vigilance, demande la sonde et fait ce qu'il doit faire pour que la vessie se vide à souhait.

L'enfant ne désire et ne comprend rien : au moindre besoin, il chasse l'urine avec inconscience et facilité; l'étoffe de réparation

est maigre, les surfaces d'accolement sont peu étendues; l'assaut, chez lui, a été plus violent, pendant que les conditions anatomiques de résistance étaient plus précaires.

En moins d'une minnte, le résultat du travail le plus correct, le plus minutieux, le mieux calculé est anéanti.

Et c'est si bien le contact de l'urine qui cause tout le mal que j'ai pu, il y a cinq ans, guérir un hypospadias pénien, opéré quatre fois, chez un garçon de dix ans, en faisant une urétrotomie périnéale, pour dériver l'urine au moyen d'une sonde à demeure.

Lorsque l'opération a été réussie, d'emblée ou après des retouches, quel que soit l'âge de l'opéré, c'est le méat qui laisse à désirer.

M. Duplay nous a montré que l'on peut, en perforant le gland suivant l'axe normal de l'urètre, obtenir un méat bien placé; mais le méat doit être entretenu pendant des mois et, nous avons beau faire, ce n'est jamais qu'un canal cicatriciel, qui tendra toujours à se resserrer et à s'oblitérer : ce sera toujours plutôt une fistule qu'un canal.

C'est précisément dans la réfection du méat que le procédé de M. von Hacker et de Villemin est remarquable : il n'imite pas la nature, et la reconstitue dans la perfection.

M. Villemin vous apporte la garantie de 18 opérations, avec 17 succès.

Depuis qu'il m'a appris la technique de son procédé en opérant un enfant de mon service, j'ai mis en pratique sa méthode 3 fois avec 3 succès.

Voici la description que M. Villemin nous fait de son manuel opératoire.

« Après introduction d'une sonde rigide dans le canal, on fait une incision elliptique autour du méat hypospade à un ou deux millimètres de son ouverture, de manière à disséquer une collerette muqueuse tout autour. Puis à la face inférieure de la verge on pratique une incision linéaire médiane, très superficielle d'abord, mesurant les deux tiers de la distance qui sépare l'orifice anormal de l'extrémité du gland. Alors commence la libération de l'urètre qu'il faut isoler circonférenciellement et sur toute la longueur nécessaire, sans le perforer en aucun point. Ce travail de dissection au milieu de tissus très vasculaires est d'autant plus délicat que le sujet est plus jeune ; à sa partie antérieure et inférieure, le canal est d'une minceur extrême.

« Dans le temps opératoire suivant, quatre fils de catgut fin sont passé aux quatre points cardinaux du méat hypospade dans

la partie des téguments disséqués en forme de collerette tout autour.

« Puis une lame de bistouri mince et étroite est franchement enfoncée d'avant en arrière, entrant par le sommet du gland et sortant à la partie inférieure de la verge exactement au point où s'est arrêtée la dissection de l'urètre.

« A travers ce tunnel l'urètre est attiré à l'aide des fils attachés à son extrémité antérieure, fils qu'il faut prendre soin de ne point enchevêtrer pendant leur passage. La présence du canal dans le tunnel cruenté qui vient d'être ainsi pratiqué en plein tissu spongieux suffit à en assurer immédiatement l'hémostase. Les quatre fils sont fixés crucialement à la fente antéro-postérieure créée au sommet du gland par la lame du bistouri. Quelques points de suture rapprochent les lèvres de l'incision faite à la face inférieure de l'organe pour la dissection du canal.

« Il est inutile de laisser une sonde à demeure, et nous insistons beaucoup sur ce point qui a sa valeur chez les enfants sur la docilité desquels on ne peut toujours compter. On est étonné de la facilité avec laquelle se fait la première miction quelques heures après l'intervention ; jamais nous n'avons eu recours au cathétérisme pour évacuer la vessie. Nous n'avons observé qu'une seule complication sans importance, et encore dans un très petit nombre de cas, c'est la désunion de la plaie pénienne inférieure infectée par l'urine et qui s'est fermée par seconde intention en quelques jours.

« A la suite de ces 18 opérations, nous enregistrons 17 succès et un insuccès. Ce dernier concerne un enfant de quinze mois ; le méat hypospade était tellement atrésié que la miction était devenue presque impossible ; nous espérions qu'après dilatation extemporanée les quatre fils le fixant à la plaie balanique exerceraient une traction excentrique favorable. Malheureusement les sutures ne tinrent pas et l'urètre reprit son ancienne place. Aussi depuis, nous n'avons jamais consenti à opérer des enfants de moins de quatre ans ; mais à cet âge (et notre statistique en comprend quatre) l'urètre peut être disséqué sans trop de peine et ses parois sont assez résistantes pour ne pas se laisser couper par les fils. Dans les 17 cas suivis de guérison le méat occupait sa place normale et l'urètre bien calibré donnait toute satisfaction au point de vue de la miction.

« La transplantation urétrale n'est applicable qu'aux hypospadias balaniques, et aux hypospadias péniens dont l'orifice anormal débouche dans la moitié antérieure de la face inférieure du pénis. Aux autres variétés conviennent les procédés autoplastiques à lambeaux ou les greffes dermo-épidermiques. L'important est de

ne pas dépasser les limites de l'extensibilité de l'urètre : c'est ce facteur qui borne l'application de la méthode. Mais dès qu'elle devient praticable dans la mesure où les propriétés élastiques de l'urètre le permettent, elle présente une telle supériorité qu'à notre avis elle doit prendre le pas sur les autres procédés opératoires. »

M. Villemin résume ainsi les avantages principaux de l'opération qu'il nous décrit :

« 1° Guérison à la suite d'une seule séance opératoire sans qu'il soit jamais besoin de faire aucune retouche.

« 2° Pas de sonde à demeure, ce qui est appréciable chez l'enfant.

« 3° Dans la suite, pas de cathétérisme dilatateur, puisqu'il n'y a pas de rétraction cicatricielle possible, le canal étant fait de muqueuse saine, sans tissu d'emprunt.

« 4° Canal balanique entouré de toutes parts de tissu érectile et terminé par un méat placé au point culminant du gland, ce qui assure au mieux toutes les fonctions de l'urètre. »

Nous vous proposons les conclusions suivantes :

1° Déposer le travail de M. Villemin dans nos archives ;

2° Inscrire en bonne place son nom sur la liste des candidats à la nomination de membre titulaire.

M. Kirmisson. — Depuis que M. von Hacker a fait connaître en 1898 son procédé opératoire pour l'hypospadias balanique, je l'ai mis en œuvre un grand nombre de fois, et j'en ai été fort satisfait. J'avais jusque-là éprouvé toutes les difficultés qui ont été parfaitement exposées par M. Félizet dans son rapport et j'avais eu de nombreux insuccès. Depuis que j'ai recours au procédé de von Hacker, j'ai au contraire réussi sans difficulté. Je ne dirai pas que je n'ai pas eu parfois un peu de désunion de la plaie pénienne comme cela est arrivé à M. Villemin, mais le méat urétral transplanté au sommet du gland est demeuré en place et le canal a été rétabli dans des conditions normales.

Le grand avantage de ce procédé est comme l'a fait remarquer M. Félizet, qu'il ne nécessite pas l'emploi de la sonde à demeure, source de tant d'ennuis et d'accidents chez les enfants. Dans tous les cas d'hypospadias balanique et balanopénien, quand l'étendue de l'urètre à refaire n'excède pas 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, je considère le procédé de von Hacker comme le procédé de choix.

Présentation de malades.

Extraction d'une balle située à la base du crâne, au niveau de la partie inférieure du « lobe frontal ». Localisation par la « radioscopie. »

M. TUFFIER. — Le jeune homme que je vous présente a reçu, il y a vingt-deux mois, une balle de revolver de gros calibre au-dessus de l'œil gauche, au niveau de l'insertion de la paupière supérieure sur l'orbite. Après différents troubles cérébraux il guérit en conservant une hémianopsie gauche. Le projectile fut bien toléré pendant dix-huit mois, puis des vertiges progressifs, une obnubilation fréquente, une lipothymie m'ont obligé à intervenir. J'ai extrait le projectile *de la base du lobe frontal en passant par l'orbite*, et, si je vous montre aujourd'hui cet homme, c'est parce que la localisation du projectile a été pratiquée par un procédé très simple, sans radiographie, mais par *radioscopie*; je compte vous entretenir de ce procédé qui m'a déjà rendu service. Les difficultés toutes particulières de localisation et d'extraction dans le cas présent démontrent pour moi son efficacité et sa valeur; et comme ce malade ne sera plus à ma disposition quand mon tour de communication arrivera, j'ai voulu vous le présenter aujourd'hui.

Appendicalgie.

M. PICQUÉ. — J'ai l'honneur de vous présenter le malade atteint d'appendicalgie, dont j'ai parlé dans ma communication.

Présentation de pièce.

Ulcère simple hémorragique de l'estomac. Gastroentérostomie postérieure. Mort huit jours après d'une hémorragie foudroyante.

M. QUÉNU. — Voici des pièces qui me paraissent présenter un gros intérêt, car elles constituent un document pour l'histoire de la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère simple de l'estomac. Comme vous pouvez le voir, il s'agit d'un cas d'ulcère prépylorique ayant, sur une certaine étendue, détruit la paroi de l'estomac.

La face inférieure du foie forme là le fond de l'ulcère. En un point, le processus ulcéreux a ouvert l'artère hépatique; en ce point, vous voyez le stylet que j'ai fait placer dans la perforation, presque dans l'artère hépatique. Je communiquerai l'observation complète dans la prochaine séance, je me borne à dire aujourd'hui que le malade avait subi la gastroentérostomie huit jours auparavant.

M. TUFFIER. — Nous avons présenté ici des faits qui démontrent l'impuissance de la gastro entérostomie contre les gastrorragies aiguës. Toutes les observations plaident dans le même sens, et tous les documents que j'ai colligés pour un travail sur cette question arrivent, à part un ou deux mémoires, à cette même conclusion.

Élection.

Nomination de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

MM. DELBET, REYNIER et FAURE sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

DELORME.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 MARS 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. LYOT qui, toujours souffrant, demande à prolonger son congé jusqu'à une date indéterminée.

3°. — Une observation de M. GUIBAL (de Béziers) intitulée : « *œsophagotomie externe pour l'extraction d'un volumineux dentier* ».

— L'observation de M. Guibal (de Béziers) est renvoyée à une commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

M. GUINARD. — Dans la dernière séance, M. Picqué nous a demandé notre avis au sujet d'un malade qu'il considère comme un obsédé du ventre. Après avoir examiné attentivement ce malade dont l'observation détaillée est publiée dans le Bulletin, je tiens à dire ici que je conseille formellement l'ablation de l'appendice, parce que je le trouve douloureux et accessible à la palpation. J'espère que M. Picqué nous apportera cet appendice, et que nous pourrons voir si ces « stigmates hystériques » présentés par le malade devaient contre-indiquer l'opération.

Discussion

Sur le cancer de la langue.

M. Ricard. — Les deux malades que notre collègue Poirier nous a présentés sont de bons exemples pour nous encourager dans la lutte, si décevante parfois, que nous ne cessons de soutenir contre le cancer de la langue.

Tant qu'une médication plus efficace n'aura pas prononcé la faillite du bistouri, l'exérèse chirurgicale restera le traitement du cancer et nous aurons à en discuter les indications et à en perfectionner la technique.

C'est précisément une question de technique opératoire qu'a soulevée notre collègue en nous proposant son procédé d'exérèse qu'il qualifie de *logique*, *anatomique* et *antiseptique*. Qu'il me permette de lui faire observer que son procédé est surtout anatomique et qu'il l'est à la fois trop et pas assez.

Ce sont, en effet, les deux reproches que je fais au procédé de notre collègue. Entraîné par ses connaissances anatomiques, il dissèque de la base du crâne, du trou déchiré postérieur jusqu'au dessous de l'omo-hyoïdien. Il dissèque la région sus-hyoïdienne médiane, et recommence la dissection du côté opposé, de la base du cou à la base du crâne. C'est trop. Car si l'anatomie nous apprend la large communication lymphatique des deux moitiés de la langue, la clinique nous enseigne que c'est tout à fait exceptionnellement que la récidive ganglionnaire se fait du côté opposé à la lésion linguale. Je n'ai jamais vu de récidive débuter par ce côté.

De plus, disséquer de bas en haut la chaîne des ganglions carotidiens, sans pouvoir enlever les troncs lymphatiques, c'est trop se laisser guider par la connaissance des organes anatomiques visibles, alors que la clinique recommanderait d'enlever tous les tissus intermédiaires, ce qui est impossible.

D'autre part, l'opération de M. Poirier néglige certaines indications anatomiques, et non des moindres. Notre collègue nous rappelle que les lymphatiques de la langue sont si largement anastomosés qu'une piqûre heureuse d'un bord de la langue suffit pour injecter les ganglions du côté opposé. Or, si notre collègue était logique, ce n'est pas une partie de la langue qu'il faudrait amputer, mais bien et toujours la totalité.

De même, le plancher de la bouche, siège inconstant et anormal de petits ganglions, lieu de passage de lymphatiques importants, est respecté par mon ami Poirier qui tient à faire une opération par les *deux voies*, voie cervicale et voie buccale. C'est là, à mon avis, le défaut capital de son procédé opératoire, car le plancher

de la bouche est, par excellence, le lieu de récidive du néoplasme lingual.

En réalité, si l'anatomie trace le chemin qu'il faut suivre, il appartient au chirurgien de savoir s'en écarter, tout en restant fidèle aux grandes lignes qu'elle lui indique.

C'est pour cela que ma technique diffère de celle de M. Poirier. Je pense que si l'infection néoplasique a eu le temps de se disséminer de la base du cou à la base du crâne, d'avoir déjà atteint le côté opposé, quoi qu'on fasse, la récidive suivra de près l'acte opératoire, car la dissection des ganglions qu'on va chercher isolément, les uns après les autres, qu'on ne ramène pas en bloc avec leur tissu cellulaire, est forcément incomplète. Dès lors, si l'opération est incomplète, pourquoi la faire si étendue et si grave! Aussi, appliquant à la langue les principes que nous ont donnés quelques succès dans les cancers du sein, j'enlève tout ce qui va de la langue aux ganglions carotidiens largement et en bloc, par la voie sus-hyoïdienne, après une très large désinsertion du plancher de la bouche. J'opère à ciel ouvert, hors la cavité buccale, réséquant langue, plancher, glande sublinguale et glande sous-maxillaire, jusqu'au ganglion sous-digastrique et pré-carotidien sur lequel M. Poirier a si justement appelé l'attention.

C'est dans cette région bucco sus-hyoïdienne que se fait généralement la récidive. La récidive isolée, dans la région basse du cou, est une rareté, quoique je doive à la vérité de dire en avoir observé deux cas dans mon service à Saint-Louis.

Mais je pense être suivi par la plupart de mes collègues en disant que dans l'immense majorité des cas, la récidive du cancer de la langue est avant tout *locale et régionale*, et que c'est cette extirpation locale qu'il faut perfectionner, qu'il faut faire large et excessive. Ce n'est pas en disséminant au loin l'action du bistouri qu'on la rendra plus efficace. Je reproche donc à M. Poirier de respecter trop le plancher de la bouche, de faire une dissection trop minutieuse, plutôt qu'une extirpation globale.

A cela notre collègue répond que le pronostic opératoire est singulièrement aggravé par cette large ouverture bucco-cervicale. Le fait est vrai, et la mortalité de ces larges exérèses du cou était effroyable autrefois, il suffit de se rappeler la pratique de nos maîtres d'alors. Aujourd'hui, cette mortalité est très atténuée par une série de précautions qu'on me permetra d'indiquer rapidement : les soins particuliers de la bouche post-opératoires souvent trop négligés; la suture aussi complète que possible au catgut des parties cruentées, un bon drainage et des pansements fréquents; enfin et surtout, l'alimentation par une sonde nasale à demeure pendant plusieurs jours.

Telle est ma technique, opération large, en bloc, plus large localement que celle de M. Poirier, mais moins étendue comme distance.

Quels sont mes résultats? Mortalité non nulle, car j'ai encore perdu l'année dernière à Saint-Louis un malade dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, mais mortalité très atténuée. Quant aux récidives, j'ai quelques cas de succès durables qui m'encouragent dans cette technique.

Le lendemain de la séance dernière, je revoyais chez mon maître le Dr Besnier, avec mon collègue et ami Darier, un malade opéré par moi, le 25 mars 1902, il y a par conséquent deux ans. Ce malade, absolument sans trace de récidive actuellement, avait une lésion très étendue de la partie droite de la langue et du sillon amygdalo-lingual. Mais ces succès opératoires tiennent peut-être plus encore à des inconnues que nous ne pouvons dégager complètement qu'à la technique opératoire employée.

Il y a des cancers de la langue qu'une opération minime suffit à maîtriser, témoin le cas que M. Delbet nous citait lors de la discussion d'avril 1902. Il m'en vient quatre de ce genre à la mémoire, l'un que connaît mon collègue Faure, sur un malade de Barbizon, et remontant à sept ou huit ans; un autre, que je ne peux spécifier, car le malade, un confrère, pourrait se reconnaître, et qui remonte au moins à une dizaine d'années; un troisième malade habitant Noyon et que je dus opérer trois fois, et la troisième fois je lui ai enlevé des ganglions carotidiens; un quatrième habitant Paris, que j'opérai en 1901 avec mon ami Darier et que je réopérai dernièrement en juin 1903.

Il y a certainement de mes opérés, non récidivés, que je ne connais pas. Mais pourquoi les uns ont-ils récidivé et les autres non? C'est, comme le disait M. Reclus à la discussion de 1902, qu'il y a des variétés très grandes d'épithélioma de la langue, et la division de notre maître Théophile Anger me paraît encore exacte. Il y a des cancers superficiels à début papillaire; ce sont les bons, c'est-à-dire les moins mauvais. Il y a les cancers à début interstitiel, toujours très étendus en profondeur, ce sont les mauvais. Contre ceux qui infiltrent au loin les tissus de la langue, la plus large exérèse est souvent sans effet.

Aussi, pour conclure de cette discussion un peu longue, je dirai, devant des succès, encore rares, mais avérés, d'extirpations de cancer de la langue : il ne faut pas désespérer de l'intervention chirurgicale, mais, au contraire, perfectionner la technique, en chercher une plus rationnelle. M. Poirier la trouve dans l'exérèse ganglionnaire à distance. Moi, je pense que c'est surtout l'exérèse locale qu'il faut soigner.

En proclamant nos succès, nous empêcherons peut-être les opérations trop tardives ; nous empêcherons peut-être que les malades nous arrivent, cachectiques déjà, infectés, bourrés de mercure et saturés d'iodure de potassium ; alors, le pronostic lointain de nos opérations sera-t-il plus serein, et ne fera pas tache dans le ciel bleu que notre collègue Poirier nous a brossé avec tant de conviction.

M. Quénu. — Je pense que pour analyser les résultats des opérations pour cancer de la langue, il faut cataloguer les cas; néanmoins certaines conditions s'appliquent à tous. Au point de vue de la gravité immédiate je mets en première ligne deux facteurs à mon avis essentiels : l'état plus ou moins septique de la tumeur épithéliale, l'état du système nerveux du malade.

L'état moral du malade, sa pusillanimité, son désir ou sa peur d'être opéré m'ont paru avoir une influence considérable sur les suites immédiates de l'opération; d'autre part, certains épithéliomes ulcérés ont une septicité vraiment grande et qui échappe aux moyens de désinfection ordinaire, lavages, gargarismes, nettoyages dentaires, etc.

Certaines ulcérations cancéreuses ont un aspect gris verdâtre; je les ai observées chez deux malades atteints de petits cancers localisés aux bords de la langue. L'opération consista uniquement en deux coups de ciseaux en coin; il s'agissait dans les deux cas de malades peureux, déprimés : l'un âgé de soixante ans avait perdu sa fortune, et des chagrins de toute espèce l'avaient fortement éprouvé; tous deux moururent de phénomènes septicémiques en cinq ou six jours sans réaction locale et sans aucune espèce de complication du côté des régions ganglionnaires et du côté du poumon.

En regard de ces cas j'ai enlevé en totalité des langues cancéreuses jusqu'à l'épiglotte avec des suites simples; j'ai le souvenir en particulier d'un Portugais diabétique, urinant plus de 100 grammes de sucre par jour. Sa tumeur n'était pas ulcérée; je n'observai chez lui aucune espèce d'accident. Comme conclusion pratique je conseillerais pour les ulcères septiques de commencer l'opération par une thermocautérisation rigoureuse de l'ulcère. Comme technique, je fais deux incisions latérales qui découvrent la bifurcation de la carotide primitive, je lie les artères carotides externes et j'enlève les ganglions puis je suture l'extrémité inférieure de l'incision, je prolonge l'extrémité supérieure vers la région sous-maxillaire, de façon à enlever en bloc les ganglions sous-maxillaires; mais contrairement à M. Ricard, je garde les glandes sous-maxillaires à moins d'envahissement du plancher de

la bouche. J'ai observé que les malades à qui on les enlevait avaient une sécheresse prononcée de la bouche et je rappelle l'importance des propriétés bactéricides du mucus et de la salive des maxillaires.

Après suture complète des plaies, s'il s'agit d'une ablation totale je divise le maxillaire sur la ligne médiane ; l'écartement des deux moitiés donne un jour énorme sur la bouche et le pharynx.

Quand la muqueuse des parties latérales du plancher de la bouche est saine, je l'utilise et j'utilise même la muqueuse qui tapisse la face inférieure des parties latérales de la langue.

Quand elles sont malades, j'enlève la partie médiane de la langue jusqu'à l'hyoïde et je rabats les portions de muqueuse de manière à n'avoir comme plancher de la bouche que des parties recouvertes de muqueuse. Je laisse un drain placé à l'angle de la mâchoire et traversant le pansement ; je place toujours dans l'œsophage une sonde passée par les fosses nasales.

En dehors du malade dont j'ai parlé déjà à la Société de Chirurgie et qui succomba sept ans après une opération étendue à tout le plancher de la bouche et à la totalité de la langue, je citerai comme survie un malade opéré pour un cancer occupant la partie latérale et libre de la langue à Cochin il y a cinq ans et un autre malade opéré rue Oudinot il y a deux ans et qui sont tous deux bien portants.

M. Poirier. — Les critiques de mon ami Ricard ne sont point pour me déplaire : il trouve que je fais trop et trop peu ; le procédé, dit-il, est trop anatomique, pas assez clinique.

Voyons cela. Ricard a certainement tort, lorsqu'il conteste ce que j'ai dit de la récidive possible et fréquente dans les ganglions du côté opposé, comme le veut la loi anatomique, en accord avec la clinique. Déjà Quénu vient de nous donner des exemples de ces récidives. J'ajoute : dans 10 cas opérés depuis deux ans et où j'ai systématiquement recueilli et examiné les ganglions de chaque côté, j'ai trouvé huit fois des altérations cancéreuses dans les ganglions du côté opposé à la lésion, laquelle était nettement unilatérale dans six de ces cas.

Je vous montrerai mercredi prochain une femme opérée d'un *sarcome* de la langue et de la paroi du pharynx, nettement limité au côté droit, et qui a déjà récidivé deux fois dans les ganglions du côté opposé : et la récidive est du sarcome globo-cellulaire, comme la tumeur initiale.

C'est pourquoi je continue de penser qu'il faut enlever les ganglions des deux côtés. D'ailleurs, je vous l'ai dit : de parti pris, je

n'examine point si les ganglions sont pris, je les enlève, aimant mieux faire trop que trop peu.

Je n'ignore pas que bon nombre d'opérés, qui avaient subi l'exérèse ganglionnaire d'un seul côté, sont demeurés guéris. Mais le nombre de ceux qui ont récidivé est incomparablement plus grand. Pour les premiers, le succès s'explique par ce fait que les ganglions du côté opposé n'étaient pas encore infectés, car je ne crois pas que des ganglions dégénérés puissent diminuer ou guérir par un mécanisme phagocytique ou autre de l'infection cancéreuse, comme diminue et guérit une adénite inguinale septicémique après que l'on a pansé proprement la plaie infectée du pied dans laquelle elle se ravitaillait.

Ce sont là de grosses questions d'anatomie pathologique générale que tranchera peut-être la discussion qui commence et que nous allons bientôt, je l'espère, porter sur le terrain du cancer en général, au grand bénéfice de tous, opérés et opérateurs.

Ricard m'oppose encore une critique que je n'ai point été sans adresser moi-même à mon procédé. Quand, dit-il, vous enlevez la langue d'une part, les ganglions d'autre part, vous laissez entre les plaies de la bouche et du cou un plancher buccal que traversent des vaisseaux lymphatiques infectés ou dégénérés.

Je réponds : je ne ménage cette mince cloison que lorsque la lésion, encore peu étendue, a elle-même ménagé le plancher; quand le plancher est pris, je l'enlève largement avec les lymphatiques qu'il contient. Des deux opérés que je vous ai présentés, l'un avait subi l'ablation du plancher, que j'avais respecté sur l'autre.

C'est que le peu que je sais de l'anatomie pathologique du cancer m'oblige à croire que les ganglions sont pris longtemps avant les vaisseaux lymphatiques importateurs de l'infection. Les petits ganglions eux-mêmes que l'on peut rencontrer sur la face externe de l'hyo-glosse ou dans les interstices des muscles, près de l'os hyoïde, sont souvent indemnes, alors que les ganglions carotidiens situés au delà sont dégénérés. Ce n'est pas de la clinique, mais c'est une vérité anatomo-pathologique.

Il faut distinguer, me semble-t-il, entre les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, dans cette physiologie pathologique du cancer que nous ne connaissons pas encore bien.

L'expérience paraît prouver que j'ai eu raison d'opérer ainsi, mais mon expérience ne porte que sur quelques cas. Il est possible que j'aie tort sur ce point, et même sur d'autres, nous verrons.

Pourquoi Ricard semble-t-il croire que je dissèque les ganglions, quand j'ai bien pris soin de noter qu'il fallait, dans la mesure du possible, se tenir loin d'eux, enlevant largement l'atmosphère celluleuse de peur de les écraser.

Voulez-vous faire plus, je ne demande pas mieux, je vous y ai conviés ; le risque est de rester en deçà et non d'aller au delà.

J'ai insisté dans ma communication de 1902 sur la nécessité du drainage large et prolongé pendant quelques jours, non seulement contre l'infection, mais encore pour faciliter l'issue de ces lymphorragies si abondantes qui se produisent toujours après les exérèses ganglionnaires. Je la montrais encore ce matin aux élèves de mon service, cette lymphorragie, sur un malade atteint de cancer de la langue avec adénite bilatérale du volume du poing. Ce malade m'a été adressé par mon collègue et ami Nélaton qui le considérait comme inopérable ; l'avis de Nélaton a été partagé par tous ceux qui l'ont vu dans mon service.

Cependant j'ai résolu d'essayer de prolonger ce malade sur sa prière instante. Je l'opérerai en plusieurs temps, enlevant les ganglions d'abord, et un peu plus tard la lésion. Le plus gros est fait et l'opéré paraît en bonne voie. S'il guérit et que j'aie une récidive à assez bref délai, je n'en serai pas autrement surpris : le cas est bien mauvais. Je sais bien encore que dans ce cas, l'ordre de mes interventions n'est pas logique : mieux vaudrait enlever la langue d'abord, pour éviter les infections cancéreuses et septicémiques du cou. Je compte modifier ma pratique dans ce sens.

Mon ami Quénu nous répète qu'il y a cancer et cancer, et qu'on ne peut juger toujours de la gravité des lésions par leur étendue ; nous l'avons déjà dit. Il insiste sur un point moins connu : l'intensité variable et peut-être la diversité des infections buccales dans les cancers ulcérés ; et il fait jouer un grand rôle à cette infection ; d'où l'impérieuse nécessité, reconnue et pratiquée par tous, de nettoyer autant que possible la bouche ; peut-être y a-t-il plus et mieux à faire ; la remarque me paraît de grand intérêt.

Depuis des années, je me suis préoccupé de la glande sous-maxillaire ; autrefois, je l'enlevais quand elle me paraissait indurée, ce qui est fréquent. Puis, à la suite de nombreux examens histologiques pratiqués par M. Lœper sur des glandes que j'avais enlevées et qui avaient été reconnues en parfait état, j'ai ménagé la glande, excepté dans les cas où je constatais l'adhérence de la sous-maxillaire à l'atmosphère celluleuse de ganglions dégénérés ou quand, le plancher étant pris, je ne pouvais ménager le canal excréteur ; je crois que c'est ainsi qu'il faut faire, car si la glande est longtemps respectée, elle peut être aussi envahie, comme me l'ont prouvé les examens histologiques pratiqués plus récemment par mon préparateur M. Delamare. Il y a cinq jours, j'ai enlevé la glande du côté de la lésion et j'ai laissé l'autre.

En résumé, je ne crois pas qu'il y ait un procédé à l'exclusion

de tous les autres ; je crois que les procédés doivent être accommodés au cas ; mais je crois qu'il y a une méthode qui doit être appliquée à tous : la poursuite de tous les territoires lymphatiques du segment d'organe infecté. La guérison est à ce prix et je maintiens qu'elle est possible.

M. Berger. — Je me rallierai volontiers à la manière d'opérer que nous a recommandée M. Poirier, si je ne lui considérais deux défauts :

Le premier est d'augmenter beaucoup la durée et la gravité d'une opération déjà longue et grave en raison même de sa durée.

Le second est de ne pas remplir intégralement son programme qui est l'extirpation des organes lymphatiques par lesquels se fait la propagation du cancer de la langue.

En revenant tout à l'heure sur les causes de la gravité de l'extirpation des cancers étendus de la langue, je dirai que la condition qui rend ces opérations si meurtrières réside dans leur durée et dans l'étendue des délabrements que l'on fait subir à des parties nécessaires au jeu des fonctions essentielles, telles que l'alimentation, plus encore que les accidents septiques eux-mêmes. Or, il est manifeste que l'extirpation radicale de la chaîne ganglionnaire, telle que la conseille et la pratique notre collègue, allonge beaucoup l'opération et est plus à craindre encore que l'action prolongée des anesthésiques et le choc opératoire.

Notre collègue, d'autre part, pèche contre le principe même de sa méthode en n'extirpant pas la partie de la chaîne lymphatique qui vient de la langue et du plancher de la bouche, gagne la région sous-maxillaire et celle de l'angle de la mâchoire. Nous savons bien que quand les ganglions lymphatiques sont secondairement engorgés, les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent et qui proviennent du cancer initial sont presque toujours eux-même le siège de l'infiltration cancéreuse. C'est manifeste dans les cancers du sein, où très souvent les ganglions axillaires sont à peine augmentés de volume, tandis que l'on sent les vaisseaux lymphatiques, depuis la mamelle jusqu'à la clavicule, donner au doigt qui explore le tissu cellulaire de l'aisselle la sensation de fils tendus, résistants, présentant des renflements moniliformes presque imperceptibles à la vue, mais se révélant nettement au toucher, et qui sont autant de petites greffes cancéreuses. Ce sont ces lymphatiques principalement et tout autant que les ganglions qu'il s'agit d''extirper, si l'on veut espérer un succès un peu durable de l'opération, et c'est pour cela même qu'on conseille avec la mamelle, la peau qui la recouvre et le grand pectoral sur laquelle elle repose d'extirper tout le cône du tissu cellulaire qui

du sein s'étend jusqu'aux vaisseaux axillaires. Et l'on ne ferait pas la même chose pour le cancer de la langue ; en laissant la partie des lymphatiques qui la première a servi de voie à la propagation, on croirait avoir enlevé radicalement tous les éléments de la généralisation par les lymphatiques!

Pour pratiquer cette extirpation du cône lymphatique partant de la langue et du plancher buccal, pour aboutir aux ganglions qui accompagnent la carotide, il faudrait, comme M. Ricard le propose, revenir à l'ablation par la voie sus-hyoïdienne.

Quelque partisan que je sois de l'extirpation complète des voies lymphatiques de la propagation du cancer, je suis peu disposé à revenir à ce mode d'exérèse que j'ai employé autrefois et dont je n'ai pas été satisfait. L'incision sus-hyoïdienne est tentante, parce qu'après avoir extirpé la glande sous-maxillaire, lié les artères faciale et linguale, ou la carotide externe, on n'a plus qu'à effondrer le mylohyoïdien pour pénétrer dans la bouche ; mais j'ai toujours trouvé que, même en donnant à l'incision buccale toute la longueur possible et en dépassant beaucoup la ligne médiane, la voie ainsi créée était trop étroite, qu'elle était entièrement fermée par la base de la langue, lorsque celle-ci était attirée au dehors par cette ouverture, et que l'extirpation de la partie de la langue qu'on voulait enlever et surtout celle du plancher de la bouche se faisaient difficilement et souvent sans voir ce que l'on faisait.

Je suis revenu à une pratique analogue à celle que vous a décrite M. Quénu et je la suis presque dans toutes les ablations de cancer de la langue, en employant la section médiane du maxillaire inférieur dans les cas où l'ablation doit être très étendue et presque totale. Mais, contrairement à ce que fait M. Quénu, j'enlève aussi la glande sous-maxillaire et le prolongement qu'elle envoie avec le canal de Wharton au-dessus du mylohyoïdien, car c'est ce prolongement qu'accompagnent les lymphatiques qui viennent de la langue. Ainsi que nous l'a enseigné Verneuil, je crois qu'on s'expose à faire une extirpation incomplète si l'on n'enlève pas la sous-maxillaire.

Les opérations, je ne parle que des opérations très étendues, des ablations presque totales, sont très graves ; elles me donnent presque 50 p. 100 de mortalité. Dans ces trois ou quatre dernières années j'ai eu à regretter la mort de trois opérés ; le dernier a succombé tout récemment, d'épuisement, le sixième jour après l'opération ; il n'avait certainement aucune complication septique et il est mort presque subitement alors que je ne le croyais pas en danger imminent. Un autre est mort d'embolie venant de la jugulaire interne qu'il m'avait fallu lier. Un troisième est mort de pneumonie infectieuse. Je crois qu'on se fie trop aux injections de

sérum artificiel pour soutenir ces opérés et que l'alimentation avec la sonde doit être pratiquée comme règle générale. Mon sentiment est que ces malades meurent de choc ou d'épuisement plus que de la septicémie que nous parvenons à éviter par des lavages et un drainage bien faits.

Les ablations partielles ne m'ont donné qu'une mortalité nulle ou presque nulle, mais des récidives très nombreuses, souvent rapides, comme aussi j'ai eu des succès durables après des opérations très étendues. J'en citerai trois exemples : Une dame que j'avais opérée d'un cancer occupant la moitié de la langue a vécu dix ans sans récidive. Un employé, auquel j'avais enlevé la moitié de la langue pour un cancer gros comme un œuf de pigeon, est encore vivant au bout de cinq ans; les ganglions qui étaient engorgés n'étaient pas cancéreux, mais simplement enflammés; la tumeur était un épithéliome. J'ai enlevé il y a près de quatre ans un cancer ulcéré s'étendant au plancher de la bouche chez un homme de soixante-dix ans, qui fut pris de broncho-pneumonie à la suite de l'opération, mais le huitième jour seulement; le cas était tellement avancé que je ne fusse pas intervenu si l'on n'avait pas dit au malade la nature de l'affection dont il était atteint. Il est encore aujourd'hui en parfait état de santé.

Somme toute, sans renoncer à opérer les cancers étendus, je considère que l'opération dans les cas de ce genre présente une gravité presque disproportionnée avec les chances de survie durable. Je crois que les opérations très larges doivent être réservées aux cancers limités : elles donneront parfois de très beaux succès et très durables; mais si hardie et si étendue que soit l'opération elle ne met pas toujours à l'abri des récidives rapides. D'après mes observations ce n'est pas dans les lymphatiques surtout que se fait celle-ci, mais dans le moignon lingual dont le tissu musculaire est infiltré par des colonies cancéreuses invisibles et insaisissables au moment de l'opération, même alors que celle-ci a été très largement conduite.

Lecture.

M. le Dr Delbecq, médecin adjoint de la compagnie du Nord, à Gravelines (Nord), lit une communication intitulée : « *Épingle à cheveux et calcul vésical chez une femme enceinte* ».

(Renvoyé à une commission dont M. Bazy est nommé rapporteur).

Présentations de malades.

Orchidopexies.

M. Walther. — J'ai l'honneur de vous présenter deux malades opérés tous deux pour ectopie testiculaire avec hernie inguinale.

Le premier, âgé de dix-neuf ans, a été opéré le 8 janvier. Le testicule n'était jamais sorti. Nous l'avons trouvé à l'orifice profond du canal inguinal. L'épididyme était complètement détaché et n'adhérait au testicule que par la tête.

Le deuxième malade, âgé de vingt ans, a été opéré le 13 février. Le testicule était au devant de l'anneau inguinal. Cordon très court; le testicule ne put être abaissé qu'après section complète des éléments du cordon et conservation du seul canal déférent.

J'ai employé chez ces deux malades le procédé que je vous ai décrit et dont je vous ai déjà montré à plusieurs reprises les résultats : incision de la cloison des bourses, refoulement du testicule ectopié à travers cet orifice qui est ensuite soigneusement refermé par plusieurs points de catgut de façon à bien enserrer le cordon.

Vous pouvez voir chez ces deux malades que le testicule ainsi maintenu dans la loge opposée n'a aucune tendance à remonter vers l'anneau. Il est bien mobile, accolé à l'autre testicule, et cette mobilité, cette souplesse du cordon me semble due à la traction permanente exercée par la cloison des bourses.

Je vous ai présenté il y a quelques mois un malade ainsi opéré depuis deux ans. J'en ai revu d'opérés depuis trois et quatre ans avec persistance de ce bon résultat. La mobilité du testicule semble même plus grande au bout d'un certain temps, ce qui est la preuve de l'action permanente de la traction élastique effectuée par la cloison.

Ces deux malades que je vous montre aujourd'hui sont opérés depuis trop peu de temps pour que nous puissions juger du résultat définitif. Je ne vous les présente que parce que je vous ai promis lors de ma dernière présentation de vous faire voir toutes les orchidopexies faites par ce procédé. Je leur demanderai de venir dans un an se montrer à vous et j'espère que chez eux, comme chez les autres, le testicule n'aura aucune tendance à remonter vers l'anneau.

Sarcome de l'intestin grêle.

M. Gosset présente un malade âgé de cinquante et un ans qu'il a opéré à la Pitié dans le service de M. Terrier le 21 août 1903, pour un sarcome de l'intestin grêle. On a pratiqué la résection de cinquante centimètres d'intestin, puis fait une anastomose latérale. L'observation complète a été publiée dans la thèse de Lecène (*Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle*, thèse doctorat, Paris, 1904, page 151), et une planche de cette thèse montre l'aspect de la tumeur. Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire; un ganglion mésentérique enlevé au cours de l'opération et examiné, était absolument sain. Actuellement, près de sept mois après l'opération, le malade reste guéri : il a engraissé de 20 kilos.

Présentations de pièces.

Péritonite appendiculaire à foyers limités entre les anses de l'intestin grêle; occlusion intestinale secondaire, par coudures et adhérences multiples de l'intestin.

M. E. Kirmisson. — Le mercredi matin 9 mars 1904, on apportait dans mon service, pendant la visite, un enfant de dix ans et demi, qui nous frappa immédiatement par son facies péritonéal. L'examen du jeune malade montrait des anses intestinales qui se tordaient convulsivement sous la paroi abdominale. Le ventre est modérément ballonné; le ballonnement répondant à l'ombilic, les flancs restaient indemnes. Nous étions bien évidemment en face d'une occlusion intestinale.

Le médecin du petit malade qui l'accompagnait nous fournit les renseignements suivants : c'est le mardi 1er mars, dans la soirée, qu'il fut appelé auprès de cet enfant qui, depuis une huitaine de jours, souffrait de douleurs abdominales. Les douleurs atteignaient nettement leur maximum d'intensité dans la fosse iliaque gauche; le reste de l'abdomen était peu sensible.

Le ventre était légèrement rétracté, la langue saburrale; l'enfant avait encore quelques nausées qui, la veille, avaient été suivies de vomissements. Dans la matinée, la mère avait donné à l'enfant de l'huile de ricin; cette purgation n'avait produit aucun effet sur la constipation, qui durait depuis trois jours. Le pouls était aux environs de 120; la température à 38°5.

On prescrivit un lavement de glycérine et de sel marin, qui fut suivi d'une expulsion abondante de matières fé ales, noirâtres, et d'odeur extrêmement fétide.

Le 2 mars, vers midi, les douleurs, qui avaient persisté dans la nuit, avaient diminué dans la matinée; la localisation n'existait plus à la fosse iliaque gauche; la sensibilité était diffuse, et le ventre météorisé. La température était à 38°2; le pouls à 120. Un lavement naphtolé fut prescrit, ainsi que quelques calmants : eau chloroformée, quelques gouttes d'élixir parégorique, du benzo-naphtol.

Le soir, la situation était à peu près identique. L'enfant absorbait du lait, du bouillon, sans nausées, sans vomissements; les douleurs persistaient, mais atténuées. Le lavement avait amené encore l'élimination de matières abondantes, mais moins fétides. La température oscillait entre 38 degrés et 38°8.

Le jeudi 3 mars, la situation était la même; le pouls bien frappé, aux environs de 120, la température à 38 degrés. Le météorisme persistait.

Les jours suivants, il y eut une amélioration, mais le lundi 7 mars, à minuit, l'enfant fut repris de douleurs excessivement violentes, généralisées à tout l'abdomen et suivies de vomissements biliaires abondants.

Le mardi 8, l'enfant absorba un peu de bouillon et une potion de Rivière; les vomissements continuaient, ainsi que la constipation; mais la température n'était plus élevée, et le pouls s'affaiblissait.

C'est dans ces conditions que l'enfant fut apporté dans mon service, le mercredi matin 9 mars. Toute l'histoire que je viens de rappeler se rapportait bien à une appendicite; mais ce qui dominait la scène, quand je vis le petit malade, c'était l'occlusion intestinale.

Aussi, après avoir exposé la situation au père, fis-je endormir immédiatement l'enfant. La palpation du ventre sous le chloroforme vint nous fournir un résultat qui confirmait bien le diagnostic d'appendicite. Il existait, en effet, dans la fosse iliaque droite une tuméfaction régulièrement arrondie, manifestement rénitente, paraissant bien être un abcès.

Dès lors, je fis la laparotomie dans la fosse iliaque droite. Nous tombâmes sur une anse d'intestin grêle dilatée et vascularisée; mais, nulle part, nous n'aperçûmes le cæcum. Après quelques recherches, nous découvrîmes le gros intestin recouvert de franges épiploïques, et relié à une anse d'intestin grêle par des adhérences très serrées. Passant mon index gauche au-dessous de ces adhérences, je me mis en devoir de les sectionner au bistouri; à un moment donné, il s'écoula un flot de pus, d'odeur caractéristique, qui me permit de dire : pas de doutes; nous sommes bien en présence d'une appendicite. Quant au cæcum et à l'appendice,

il m'était toujours impossible de les découvrir. Me portant alors en bas, dans la fosse iliaque droite, dans le point où la palpation m'avait permis de reconnaître une tumeur fluctuante, je pus reconnaître que cette tumeur était formée par l'agglutination de deux anses d'intestin grêle, renfermant dans leur intervalle un pus de caractère identique à ceux notés précédemment. L'examen de l'intestin grêle démontre qu'il y a, en différents points du mésentère, des collections purulentes identiques. En somme, il s'agit d'une péritonite d'origine appendiculaire, entièrement localisée entre les replis du mésentère avec adhérences et coudures multiples de l'intestin grêle, déterminant une occlusion secondaire. Toute la partie supérieure de l'intestin grêle est énormement dilatée; mais il n'y a pas une goutte de pus libre dans la grande cavité péritonéale, pas une goutte de pus dans le bassin.

Les circonstances que je viens de rappeler ne laissaient malheureusement aucun espoir de guérison. En effet, l'enfant succomba le jeudi matin à 4 heures, moins de vingt-quatre heures après l'opération.

Cette localisation spéciale de la suppuration, exactement circonscrite entre les replis du mésentère, ne pouvait s'expliquer que par une position anormale de l'appendice. En effet, à l'autopsie, nous pûmes constater que le cæcum était profondément appliqué dans la région du flanc droit, et que, de sa face postérieure et externe partait l'appendice qui remontait derrière lui, en formant une anse très large à concavité inférieure. Cet appendice très long se prolongeait par sa pointe jusque sous la face profonde du mésentère. Il était perforé à sa pointe qui baignait, là, dans un premier foyer de suppuration. Dès lors, de ce foyer initial, l'inflammation s'était propagée par les ganglions lymphatiques qui sont le siège d'une hypertrophie considérable, à toute l'étendue du mésentère, déterminant cette péritonite localisée, de forme spéciale, et ayant pour conséquence l'occlusion intestinale, elle-même la suite des coudures et des adhérences de l'intestin.

Il m'a paru intéressant, Messieurs, de vous communiquer cette observation et de vous présenter cette pièce qui montre les difficultés opératoires en présence desquelles on peut se trouver dans les cas d'appendicite. En effet, il est probable que, si même on était intervenu dès le début de l'affection, on aurait eu les plus grandes difficultés à atteindre et à exciser cet appendice, dont le sommet débordant en dedans le cæcum, après s'être enroulé autour de sa face postérieure, venait faire saillie sous le feuillet du mésentère, reliant le côlon ascendant à l'intestin grêle.

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.
Torsions successives du pédicule.

M. Bazy. — Le kyste que je vous présente, je viens de l'enlever d'urgence.

Il provient d'une malade de trente-cinq ans : elle m'a été envoyée dans le service par mon collègue et ami le Dr Lacombe qui m'a demandé de la prendre immédiatement.

J'ai trouvé ma malade avec les traits excavés, la peau comme parcheminée, le facies violacé, le pouls petit, à 100 seulement.

Elle avait dans le ventre une tumeur occupant surtout la fosse iliaque droite, remontant vers le flanc et l'hypocondre sans l'atteindre et dépassant à peine l'ombilic et la ligne médiane, régulière, très nettement fluctuante, peu douloureuse.

Avec cela un ventre modérément tendu et non douloureux.

En outre, constipation absolue et absence de gaz depuis huit jours, malgré lavements huileux et autres.

Le début avait été une douleur très vive dans le côté droit, qui l'avait prise il y a huit jours et s'était accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux.

Or, cette malade nous a dit qu'il y a un mois, elle avait eu une douleur analogue à cette dernière, et en outre, il y a six mois, elle avait eu une douleur analogue.

Laparotomie latérale verticale.

On tombe sur une tumeur qui, ponctionnée, laisse écouler un liquide sanguinolent.

Les adhérences qui unissaient le kyste aux parties voisines étaient lâches.

Nous avons vu une trompe très volumineuse, plus grosse que le pouce, et qui s'était rompue, gorgée par du sang qui l'infiltrait; il y avait une torsion d'un tour et demi; en outre, au-dessus de cette zone de torsion, il y avait une autre torsion plus élevée siégeant plus près de la corne utérine et qui comprenait le ligament rond.

Ici la torsion paraissait récente.

Le point important à considérer ici, c'est que je crois que cette torsion s'est produite en trois époques successives.

Une première torsion s'est produite, il y a six mois;

Une deuxième torsion s'est produite, il y a deux mois;

Une troisième torsion s'est produite, il y a trois jours, celle-ci grave, et soulignée d'accidents d'étranglement ou plutôt de pseudo-étranglement.

J'ajoute qu'une certaine quantité de sang était épanchée dans le petit bassin, provenant de la rupture du pédicule tordu.

Il existait, en outre, des adhérences des anses intestinales à la partie inférieure de la paroi abdominale, à la vessie et au bord supérieur de l'utérus. Les anses intestinales étaient, à ce niveau, adhérentes entre elles. J'ai détruit ces adhérences. C'est pourquoi j'ai drainé après asséchement de la cavité pelvienne.

Tumeur du rein. Néphrectomie trans-péritonéale.

M. Bazy. — La tumeur du rein gauche que je vous apporte appartenait à un malade de cinquante-deux ans qui s'en était aperçu il y a deux ans. Ce malade avait eu des hématuries : le diagnostic était évident.

Il avait commencé à maigrir il y a deux ans, peut-être sous l'influence de troubles gastriques, mais depuis 6 mois il ne maigrissait plus.

La tumeur était visible par le léger relief qu'elle faisait sous la peau de cet abdomen amaigri.

Elle avait à peu près le volume d'un grosse pomme assez mobile, irrégulière et un peu bosselée.

Il existait un varicocèle gauche très volumineux.

L'examen de l'urine donnait :

	2.250 »	par 24 heures.
D.	1.012 »	—
Urée	27,4	—
Phosphate.	2,22	—
Chlorure	14,78	—

Je fais l'expérience du bleu de méthylène qui me donne les résultats suivants :

1er verre. 1/2 heure après l'injection . . .	Chromogène bleu pâle.
2e — 1 — — — . . .	Bleu net après chauffage.

Admettant que la pâleur du bleu tient à la polyurie dont une partie vient du rein malade, je pense que le bleu n'est pas aussi foncé qu'il le serait si nous n'avions que l'urine du rein sain, et que les principes excrémentitiels viennent surtout du côté sain ; je fais l'opération.

Elle a eu lieu avant-hier, à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, par voie transpéritonéale. Réunion sous drainage.

Le malade va très bien. Or le premier jour, il a rendu 700 grammes d'une urine très foncée, au deuxième jour 750 grammes ; apyrexie complète.

La guérison me paraît n'être qu'une question de jours. Voilà

encore un cas où je n'ai pas éprouvé le besoin de faire une séparation quelconque des urines des deux reins, et mon malade ne s'en est que mieux trouvé, puisque je ne lui ai pas imposé une opération préliminaire.

Luxation irréductible du coude gauche avec fracture de l'humérus au-dessus et dans le corps du condyle. Résection du coude.

M. Lucas-Championnière. — Le 6 mars 1904, s'est présentée à mon service à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille de vingt-neuf ans, qui, le 31 décembre dernier, au cours d'une chute sur le coude, s'était fait une lésion grave de ce coude.

Il y avait eu, à la suite, un gonflement considérable, une douleur violente, Le médecin, appelé, considéra qu'il n'y avait ni fracture ni luxation, et conseilla de laisser le membre au repos jusqu'au retour des fonctions, après dégonflement.

Bien des jours se passèrent sans grande modification. Le dégonflement du coude se fit et le membre resta tout à fait impotent dans l'extension forcée.

Lorsque la malade se présenta à nous, le coude restait très douloureux, déformé, le membre absolument immobile dans l'extension sans qu'il fût possible de lui imprimer un mouvement de flexion quelconque.

En revanche, il y avait des mouvements de latéralité du coude assez marqués. L'accident datait de soixante-six jours.

L'examen faisait reconnaître assez facilement une luxation du coude gauche en arrière et en dehors. La saillie de l'olécrane ne pouvait laisser aucun doute. Il était difficile de juger de l'état des extrémités osseuses. Cependant l'extrémité inférieure de l'humérus semblait élargie.

Le membre était dans l'extension et aucun mouvement dans le sens de la flexion n'était possible.

L'examen radiographique ne laissait aucun doute sur la luxation. Une saillie opaque montrait qu'à l'extrémité inférieure de l'humérus il y avait une déformation répondant à une fracture.

A une période aussi avancée, même dans les cas les plus simples, les tentatives de réduction ont toutes chances d'échouer.

L'opération pour la réduction sanglante, avec des difficultés extrêmes, a bien peu de chances de donner de bons résultats.

Ici, les apparences de fracture et de déformation rendaient ces chances plus aléatoires encore.

Reste l'indication que je considère comme capitale dans ces cas

de la résection et surtout de la résection complète qui donne des résultats fonctionnels excellents et, chose remarquable, ne donne pas les mouvements de latéralité auxquels expose la réduction quand elle peut avoir lieu.

Je lui ai fait cette résection la semaine dernière.

Cette résection était particulièrement laborieuse à cause de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Elle put néanmoins être faite très complète et je vous présente les pièces qui sont intéressantes au point de vue de la lésion de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Au niveau du condyle il y a eu une fracture de l'humérus aujourd'hui consolidée, étalant la surface de l'humérus. Cette fracture élargissait beaucoup l'extrémité épiphysaire qui, logée en avant des os de l'avant-bras, y était si bien fixée qu'une fois la résection de l'extrémité supérieure du cubitus tout entière (avec crochet coronoïdien) et de l'extrémité supérieure du radius, l'épiphyse humérale fut extrêmement difficile à déloger.

Cette résection, je l'ai faite par l'incision médiane seule comme le conseille Farabeuf. Il y a bien des années que j'ai adopté cette méthode de résection. Elle est supérieure à toutes les autres. Seule elle permet de conserver en continuité régulière les expansions fibreuses latérales qui se continuent avec le triceps.

C'est à cause de cette conservation des éléments du triceps que tandis que la plupart des sujets réséqués, lorsqu'ils élèvent le coude en avant, sont incapables de le maintenir en l'air, les miens exécutent d'ordinaire ce mouvement avec facilité et avec puissance.

Cette incision médiane sur l'olécrane a l'avantage de permettre les résections les plus complètes et les plus difficiles. L'incision peut être prolongée sur le triceps autant que l'on veut sans amener de difficultés ou d'inconvénients pour la réparation.

Quelques points de suture sur le triceps suffisent à réparer l'incision longitudinale.

Comme toujours pour ces résections, j'ai rapidement mobilisé. Sans avoir mis après l'opération aucun appareil inamovible, dès le quatrième jour, au premier pansement, j'ai commencé une mobilisation régulière. Je compte vous montrer le sujet guéri avec le retour des mouvements utiles.

M. Demoulin. — J'ai fait, il y a six semaines, une résection du coude chez une jeune fille de dix-neuf ans, pour une luxation irréductible datant de deux mois.

Je me suis servi de la voie postérieure, du procédé de Farabeuf, et je partage absolument l'avis de notre éminent collègue

M. Lucas-Championnière. Ce procédé donne un jour considérable et rend l'opération facile tout en ménageant pour l'avenir les fonctions du triceps brachial.

— Ma résection n'a porté que sur l'extrémité inférieure de l'humérus; j'ai conservé le crochet cubital et la tête du radius. Malgré une mobilisation très précoce, les mouvements de flexion et d'extension du coude sont limités, et je crains que par la suite ils ne le soient davantage.

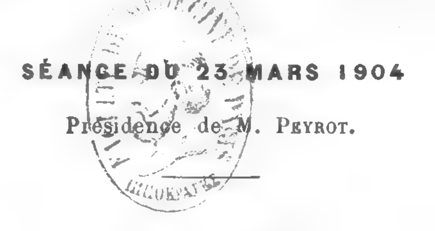
Je vois que M. Lucas-Championnière a fait une résection large portant sur l'humérus et les deux os de l'avant-bras; je me promets à la prochaine occasion de suivre sa pratique, dont il nous a d'ailleurs montré ici, à plusieurs reprises, les excellents résultats.

M. Lucas-Championnière. — Je me permets de répondre à notre collègue Demoulin qu'il se serait épargné cette petite école, s'il avait tenu compte de l'expression motivée de mes opinions dans les discussions antérieures. J'ai toujours soutenu ici qu'il fallait éviter toutes les résections partielles et économiques. J'avais une longue expérience à opposer à celle des collègues qui soutenaient le contraire en se basant sur l'étude de cas rares et encore insuffisamment suivis.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 23 MARS 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. PIERRE DELBET qui, souffrant, demande à être mis en congé jusqu'au 1er mai.

A propos de la correspondance.

M. LEJARS dépose sur le bureau deux observations :

1° Une observation de M. Cange (d'Alger), intitulée : *Prolapsus rectal complet traité par fixation ilio-pariéto-colique.*

2° Une observation de M. Rouville (de Montpellier), intitulée : *Sac herniaire crural déshabité ; hémorragie intra-sacculaire ; irréductibilité coïncidant avec une poussée aiguë de périmétro-salpingite ; symptomatologie de l'étranglement herniaire.*

Les deux observations précédentes sont renvoyées à une commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

M. PICQUÉ dépose sur le bureau les *Comptes rendus du seizième Congrès de Chirurgie.*

M. le PRÉSIDENT remercie M. Picqué, au nom de la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Félizet. — Il s'agit d'une question de priorité opératoire. M. Lucas-Championnière vous a relaté le fait intéressant d'une luxation irréductible du coude qu'il a traitée par la résection typique et « cette résection, dit-il, je l'ai faite par l'incision médiane seule, comme le conseille Farabeuf ».

Farabeuf donne, en effet, la préférence à ce procédé, mais il n'en est pas l'inventeur.

L'inventeur est le chirurgien Park, à la technique duquel on n'a rien ajouté depuis un demi-siècle. Maisonneuve, Nélaton, Richet, Dolbeau, Lefort, Trélat n'en employaient pas d'autre. C'est le procédé courant, le procédé de choix, qu'on se serve de la rugine ou du bistouri.

Farabeuf lui donne sans restriction la préférence. Il mentionne le nom de Park, qui ne doit pas être omis à la Société de Chirurgie.

C'est grâce au procédé de Park que, bien avant Lister, la résection du coude a pu être considérée comme la plus inoffensive et la plus utile des résections.

Discussion

Sur le cancer de la langue.

M. Pierre Sebileau. — Comme je le disais l'autre jour, il est impossible, au point de vue des résultats opératoires immédiats de l'extirpation du cancer de la langue, de superposer tous les cas. La gravité de l'intervention chirurgicale dépend avant tout du siège de la tumeur. L'ablation des cancers de la moitié antérieure de la langue est beaucoup moins sévère que celle des cancers de la moitié postérieure. Quand le sillon glosso-épiglotique et l'épiglotte sont atteints, l'opération devient plus grave. Enfin, elle est à coup sûr plus meurtrière quand le néoplasme a envahi le repli aryténo-épiglottique et la paroi latérale du pharynx.

Dès que l'extirpation de la langue se complique d'une pharyngectomie (et il n'est pas rare qu'il faille combiner les deux opérations), dès que l'exérèse s'adresse à ce que j'ai appelé le « carre-

four aéro-digestif », la mortalité augmente dans des proportions considérables. Cette pharyngectomie complémentaire que je suis. pour ma part, obligé de pratiquer chez la plupart des malades qui me sont adressés constitue un double facteur de gravité : d'abord parce qu'elle charge la statistique mortuaire des premiers jours, ensuite parce qu'elle est suivie de restauration forcément imparfaite du canal pharyngien et, par conséquent, de troubles tels de la déglutition qu'après avoir résisté à la septicémie du début le patient, mal nourri, découragé, attristé par son infirmité, maigrit, se cachectise et succombe quelques semaines ou quelques mois après l'opération. Ces pharyngectomies, nécessitées par le cancer postérieur de la langue ayant envahi l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et la paroi voisine du pharynx, sont certainement plus graves que la laryngectomie totale pure, pratiquée pour un cancer ventriculaire ou cordal.

Il est difficile de dire ce qui rend si meurtrières toutes ces interventions. M. Quénu incrimine l'état du système nerveux du malade et l'état plus ou moins septique de la tumeur épithéliale; le professeur Berger accuse avant tout le choc et l'épuisement. Rien de tout cela n'est douteux; mais, en fait, ce sont là seulement des conditions prédisposantes. Les malades meurent de septicémie : voilà ce qu'il faut dire, et cette septicémie est évidemment difficile à éviter. La bouche est, après l'opération, en large communication celluleuse avec le cou : septicémie veineuse, la vaste surface cruentée de la cavité opératoire distille son pus dans le vestibule laryngé : septicémie respiratoire; le malade déglutit toutes les sécrétions de la bouche et de l'arrière-bouche (salive, mucus, pus) : septicémie digestive.

Le large drainage cervical, les pansements fréquents, les irrigations d'eau oxygénée renouvelées trois fois par jour, et commencées le soir même, le lendemain, au plus tard, de l'opération, jugulent ou atténuent la septicémie cellulo-veineuse. La position opératoire de Trendelenburg que j'ai eu l'idée d'imposer pendant douze ou quinze jours à mes derniers malades empêche ou diminue la pénétration des sécrétions septiques dans l'œsophage et le larynx et modifie beaucoup à mon avis, le pronostic de ces grands délabrements du carrefour aéro-digestif. Il faut convenir qu'elle est assez désagréable aux opérés; mais elle assure l'évacuation facile de la salive et du muco-pus par l'orifice buccal et j'y ai franchement confiance.

Pour ce qui est du mode opératoire, il est un point sur lequel il n'y a pas place au doute : c'est qu'il faut, toutes les fois que cela est possible, pratiquer l'ablation par les voies naturelles. En se servant bien des pinces à traction, on arrive à extraire, par la

bouche, des cancers situés relativement très en arrière. Il n'y a pas de comparaison entre la manière quelquefois surprenante dont se défend la bouche quand elle n'a pas été mise par des incisions cervicales en communication avec le tissu cellulaire du cou et l'intensité des septicémies qui suivent trop souvent la destruction large du plancher buccal, l'ouverture du pharynx. La première indication est donc celle-ci : enlever la langue par l'orifice buccal et aller à la recherche des ganglions par des incisions méthodiques, ce qui permet d'enlever ceux-ci par des opérations vraiment aseptiques. J'ai dit l'autre jour que je trouvais tout à fait raisonnable l'extirpation bilatérale systématique des ganglions, même quand ils paraissent cliniquement sains. Je n'y reviens pas. Le jour, en effet, où l'on découvre de l'adénopathie dans les cancers postérieurs de la langue n'est souvent pas loin de celui où il faut avouer l'opération irréalisable, car on sait avec quelle rapidité, chez certains malades, se constituent ces énormes tumeurs ganglionnaires qui s'enclavent dans la région carotidienne entre la colonne vertébrale et le sterno-mastoïdien et sont vraiment au-dessus des moyens de la chirurgie. Je pense, je le répète, que la fréquence des adénopathies bilatérales et croisées, que Ricard considère comme beaucoup plus rares qu'elles ne sont en réalité, donne raison à Poirier.

Mais quand l'extirpation par les voies naturelles n'est pas possible, quand il faut ouvrir ou enlever le plancher de la bouche, quel procédé choisir? A mon avis, il importe, avant tout, de respecter la mâchoire inférieure. On aggrave très vraisemblablement le pronostic en pratiquant la section médiane temporaire ; on l'aggrave très certainement en faisant l'hémirésection mandibulaire. Je fais donc simplement une brèche dans les parties molles. La voie sous-maxillaire latérale (Verneuil-Kocher) donne, quand on en a l'habitude, un jour considérable ; en faisant une longue incision antéro-postérieure dans la mandibule, on enlève facilement la langue et on aborde très aisément le pharynx si on prolonge la section suffisamment en arrière. En faisant tomber sur celle-ci une incision parallèle au sterno-mastoïdien, on peut pratiquer de larges pharyngectomies.

C'est toujours le procédé que j'emploie quand la langue est intéressée. Quand, au contraire, le néoplasme s'est développé sur l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques sans atteindre la langue (mais ce n'est plus ici la question) j'emploie la pharyngotomie de Malgaigne plus ou moins modifiée.

Après l'amputation de la langue par la voie sous-maxillaire latérale, il m'est arrivé plusieurs fois, ayant détruit tout le plancher de la bouche de suturer le digastrique, par des fils qui reliaient

l'os hyoïde au masséter, au ptérygoïdien interne, aux vestiges sous-mandibulaires du mylo-hyoïdien, et cette restauration, toujours combinée, naturellement, à un large drainage, a toujours réussi.

Pour ce qui concerne la plastique profonde, on fait un peu ce qu'on peut; on rapetasse tant bien que mal les lambeaux de la muqueuse qui reste, et c'est précisément ce rapetassage, quand il porte sur le pharynx dans la zone du carrefour aéro-digestif, qui constitue, dans le haut du canal alimentaire, des valvules, des plicatures, du rétrécissement qui peuvent gêner considérablement la déglutition.

M. Walther. — Je n'ai jamais fait l'extirpation méthodique des ganglions sur toute la hauteur du cou, comme le préconise notre collègue M. Poirier, mais je la ferai sans doute, pour des raisons que je dirai tout à l'heure. Ce n'est pas que j'aie l'intention d'enlever ces cancers de la langue accompagnés d'énormes masses ganglionnaires étendues à toute la région carotidienne; je crois qu'en pareil cas, si loin que nous puissions aller, le mal dépasse encore notre exérèse. Mais volontiers je ferai ce très large curage anatomique préventivement, dans les cas où la langue est plus ou moins largement atteinte et les ganglions sous-maxillaires envahis.

Ce que je reprocherai au procédé recommandé par Poirier, c'est de laisser intact le plancher de la bouche, par conséquent, toute une zône de lymphatiques plus ou moins envahis. Je fais toujours l'ablation très large en enlevant le plancher de la bouche en même temps que la langue. J'enlève toujours, de parti pris, la glande sous-maxillaire, non seulement pour pouvoir plus complètement réséquer la portion correspondante du plancher, mais parce que cette glande peut être elle-même envahie. En 1888, mon ami Siredey, alors chef de laboratoire de l'amphithéâtre de Clamart, m'avait montré dans une glande sous-maxillaire d'apparence saine, ainsi enlevée en même temps qu'un cancer de la langue, des îlots très nets d'épithélioma, développés dans l'épaisseur même de la glande, et ce fait m'avait encouragé à toujours procéder de la même façon.

Ce délabrement au contact immédiat d'une cavité infectée est sans doute une chose grave; mais, je persiste à croire que presque tous les accidents de mort même rapide après ces opérations sont dus à la septicémie, et qu'ils peuvent être en grande partie évités ou très atténués par des soins particuliers et notamment par la façon de faire le drainage.

Pour les lavages de la bouche, avant et après l'opération, j'em-

ploie l'eau naphtolée en solution saturée, non alcoolique, par conséquent à 0.40 centigrammes par litre. Ces lavages sont très fréquemment répétés et très largement faits après l'opération, et empêchent l'infection, je le crois, au moins l'infection grave, à condition qu'il y ait un drainage direct de la cavité buccale.

Ce drainage me semble en effet être un point capital. Je le fais toujours, comme je vous le disais déjà dans notre discussion de 1882, en isolant, dans la mesure du possible, le drainage des parties molles, de la plaie opératoire, et le drainage buccal. Un ou plusieurs drains, placés sous les angles des incisions cutanées, sont recouverts par un premier pansement enveloppé lui-même d'un imperméable. Ce pansement est traversé complètement par un gros drain qui part de la cavité buccale pour aboutir dans un pansement superficiel, lequel est changé plusieurs fois par jour, et à chaque changement de ces compresses superficielles, un large lavage de la bouche s'écoule par le drain profond, entraînant tout ce qui pourrait s'accumuler dans la cavité formée par la brèche du plancher de la bouche.

Une autre précaution que j'emploie souvent lorsque le cancer de la langue est largement ulcéré, particulièrement septique, est de le cautériser profondément au thermocautère au début de l'opération, comme nous l'a conseillé aussi M. Quénu, et aussi, avant de faire les sutures, de toucher légèrement toute la surface cruentée avec une solution au vingtième de chlorure de zinc pour empêcher l'absorption immédiate des liquides septiques.

C'est peut-être à toutes ces précautions, peut-être aussi aux conditions particulièrement favorables dans lesquelles j'ai opéré, que je dois de n'avoir pas eu souvent d'accidents à déplorer et j'avoue que j'hésite à partager l'opinion de beaucoup de nos collègues sur la gravité de l'opération. Je ne parle ici bien entendu que de l'ablation de la langue et du plancher buccal, et en aucune façon des délabrements plus étendus auxquels entraîne l'ablation des cancers envahissant la paroi du pharynx.

Les résultats éloignés sont à peu près comparables à ceux que nous avons tous, c'est-à-dire mauvais, car je ne connais que deux malades, depuis longtemps opérés (l'un depuis quatorze ans, l'autre depuis quatre ans), qui soient jusqu'ici restés sans trace de récidive.

Mais le fait important, c'est que presque jamais je n'ai vu de récidive locale; c'est dans les ganglions et dans les ganglions à distance, à la base du cou, à la partie inférieure de la région sterno-mastoïdienne, que j'ai vu apparaître la récidive, par conséquent,

dans les régions des ganglions en apparence sains. Je crois donc qu'il vaut mieux faire le curage complet de ces régions ganglionnaires comme le recommande M. Poirier, et je suis tout prêt à le faire, surtout préventivement, dans les cas de cancer limité de la langue avec envahissement de quelques ganglions sous-maxillaires et hyoïdiens. Je crois que cette ablation méthodique préventive peut nous mettre à l'abri dans une large mesure contre ces récidives ordinaires.

M. J.-L. Faure. — Si je prends aujourd'hui la parole, c'est parce que je pense que la discussion passionnante soulevée par la présentation des malades de M. Poirier doit s'élever encore. Il est, en effet, une question plus haute que celle de savoir si nous pouvons guérir le cancer de la langue, le plus cruel de tous, et le plus difficile, c'est celle de savoir si nous pouvons guérir le cancer, et ce n'est qu'après avoir résolu cette question fondamentale que nous pourrons étudier avec fruit ce que nous pouvons contre les cancers des différents organes.

Et puisque l'occasion s'en présente, il me semble que nous devons unir nos efforts pour résoudre enfin cet obscur et passionnant problème. Nous ne sommes pas seulement ici en face d'une curiosité passagère, nous sommes devant une question de doctrine qu'il faut détruire ou qu'il faut consacrer. Nous en avons le pouvoir et, si nous réunissons les faits que nous pouvons posséder, j'ai la conviction qu'ils seront assez nombreux et assez démonstratifs pour nous apporter la lumière.

Mais il importe, avant tout, de ne pas engager à propos du mot de *guérison* une discussion insoluble et stérile. Beaucoup de chirurgiens sont convaincus que, lorsqu'ils s'agit de cancers, nous n'avons pas le droit de prononcer ce mot, et la constatation qui n'est pas rare, de récidives après plusieurs années de guérison apparente, leur fait admettre qu'il en doit toujours être ainsi, et que, si un opéré, resté pendant dix, quinze ou vingt ans sans présenter aucune manifestation nouvelle de son mal, succombe aux atteintes d'une autre maladie, c'est qu'il est mort trop tôt pour qu'on ait pu voir apparaître chez lui une récidive inévitable. Il est encore une façon plus simple de résoudre ce délicat problème, c'est de dire que si le malade est guéri, c'est parce que l'affection pour laquelle il fut opéré n'était pas un cancer.

Il est certain qu'on ne saurait raisonner autrement si, par une opération mentale absolument personnelle et qui n'engage que celui qui l'a faite, on se persuade que le cancer est, par définition, une maladie que rien ne peut guérir. C'est là une pétition de prin-

cipe qui rend impossible toute discussion. Elle s'explique par le découragement bien naturel que peut provoquer, même chez les esprits les mieux trempés, les résultats si souvent mauvais qui succèdent aux efforts les plus persévérants, mais je ne puis me résoudre à accepter cette manière de voir, qui ne résiste pas à l'examen des faits.

Sans doute, il est impressionnant de voir un cancer reparaître de longues années après son extirpation et l'on en a vu renaître après vingt ans et davantage d'une guérison apparente ! On peut cependant donner de ce phénomène une explication bien simple. Etant donné ce que nous observons d'ordinaire dans la marche et l'évolution du cancer, il est assez difficile de concevoir que des éléments cancéreux oubliés au cours d'une opération puissent rester aussi longtemps sans manifester leur présence par aucun symptôme appréciable. Le cancer ne nous habitue pas à une marche aussi lente. Il me semble, au contraire, tout naturel d'admettre que dans quelque cas un cancer nouveau puisse apparaître chez un malade guéri, soit dans un organe éloigné, soit dans les restes de l'organe primitivement atteint, en vertu des mêmes causes — qu'elles soient organiques ou parasitaires — qui avaient déterminé la première manifestation cancéreuse. Et ce serait là, en réalité, la véritable récidive, la véritable renaissance du mal : ce que nous avons coutume d'appeler, bien à tort, la récidive, n'en étant que la continuation, après une extirpation incomplète, et une période plus ou moins longue pendant laquelle les éléments morbides sont restés inaccessibles à nos moyens d'exploration clinique, infidèles et grossiers.

Une tumeur blanche peut guérir et rester guérie pendant de longues années. Une nouvelle invasion tuberculeuse peut, longtemps après, venir se fixer sur la même jointure. Qui donc pourrait nier que pendant les années de calme la tumeur blanche ait été guérie ! Qui donc surtout oserait en conclure que la tuberculose articulaire est une affection incurable ?

La situation m'apparaît identique, et, quelle que soit sa nature et son origine, le cancer est une affection purement locale au début et qui gagne lentement de proche en proche ou s'étend brusquement au loin par envahissement lymphatique ou veineux.

La conception pathogénique qui fait du cancer une maladie générale est inacceptable. Il est impossible de concevoir qu'une maladie générale puisse être guérie — ou même simplement modifiée — par une opération limitée. Or, si l'on peut contester que le cancer soit guéri par une opération, il est impossible de contester que son évolution puisse être modifiée, et le soit chaque jour.

Et cette considération seule, qui se présente à nos yeux avec les caractères de l'évidence, suffirait à démontrer la nature purement locale du cancer et, par conséquent, sa curabilité.

Mais les arguments philosophiques, quelle que soit leur importance, ne valent rien auprès des faits.

Or, il suffit d'ouvrir les yeux, il suffit de regarder autour de soi pour voir de tous côtés des cancéreux guéris, et depuis de longues années. Je ne peux, ni ne veux apporter ici des chiffres qui ne nous apprendraient rien que nous ne sachions et qui ne sauraient d'ailleurs avoir aucune précision. Mais nous en avons tous, nos maîtres en ont, ceux mêmes d'entre nous qui paraissent les plus découragés et les plus convaincus de l'incurabilité du cancer en ont, ils en ont sans doute plus qu'ils ne pensent; et comme les chirurgiens sont nombreux dans le monde, c'est par milliers peut-être qu'il faut compter les cancéreux guéris — et j'ai la conviction que cette assertion en apparence paradoxale n'est que l'expression rigoureuse de la vérité.

Il n'est pas possible que nous restions plus longtemps divisés sur une question aussi capitale et dont la solution est aussi simple. Apportons tous, jeunes et vieux, maîtres et disciples, les faits que nous connaissons, et le nombre de ceux qui survivent depuis de longues années nous étonnera nous-mêmes et nous ne discuterons plus.

Il est évidemment de toute impossibilité de fixer un délai précis au terme duquel on puisse affirmer la réalité de la guérison. Un malade chez lequel la récidive ne doit jamais apparaître est guéri dès le premier jour. Mais je crois être dans la vérité, avec beaucoup d'autres, en admettant qu'après trois ans environ de guérison apparente il y a de très grandes chances pour qu'elle soit complète et demeure définitive.

Pour ma part, au moins dans les cancers externes, où il est facile de surveiller les régions ganglionnaires et de dépister la récidive à son début, je l'ai pour ainsi dire toujours vue survenir dans la première année, et presque toujours dans les premiers mois. Le délai de trois ans, d'ailleurs arbitraire, me paraît donc assez large, et je crois pouvoir affirmer qu'après trois ans environ un opéré a moins de chances de voir son mal reparaître que de voir sa guérison se maintenir.

Je viens donc apporter ici les quelques cas que je considère comme guéris ou tout au moins sur lesquels j'ai la conviction qu'un certain nombre ne récidiveront pas.

Ils ne sont pas très anciens, puisque voilà huit ans à peine que j'ai pu commencer à les recueillir. Ils ne sont pas très nombreux, et dans une pareille question nul ne saurait s'en étonner. Il y a

d'ailleurs plusieurs bonnes raisons qui concourent à expliquer ce nombre relativement restreint. La première, c'est que les cas de cancer qu'il m'a été donné d'opérer ne sont pas eux-mêmes en très grand nombre. C'est encore que des malades sortis guéris de l'hôpital ont été perdus de vue, et que, comme il arrive bien souvent dans ces circonstances, il m'a été impossible de les retrouver. Il n'est d'ailleurs pas défendu d'espérer, il est même certain, que, parmi ceux-là, il est des résultats favorables, car les malades qui voient reparaître leur mal nous reviennent souvent d'eux-mêmes. Mais ce n'est là qu'une espérance et si nous pouvons, dans une certaine mesure, en tenir compte pour nos décisions personnelles, nous n'y pouvons trouver aucun fait instructif et précis.

Si mes chiffres sont modestes, c'est enfin que pendant les premières années, emporté par un enthousiasme peut-être excessif, je le reconnais sincèrement, et poussé par une espérance invincible dans la puissance de notre art, je me suis laissé entraîner à opérer surtout du côté du cou, de la face et de l'arrière-gorge des cas terribles et désespérés que mon expérience actuelle, à la fois plus large et plus assagie, m'engagerait peut-être à respecter aujourd'hui. Ces cas m'ont donné des résultats mauvais. J'en ai perdu beaucoup, la moitié peut-être, et je n'en connais pas le chiffre exact, les observations en ayant été prises d'une façon très irrégulière comme il arrive souvent dans le service où le chef ne fait que passer au cours des vacances ou des remplacements fortuits.

Au point de vue de la gravité des interventions sur le cancer, ces cas mortels sont instructifs, mais, au point de vue de la curabilité du cancer, ils ne peuvent rien nous apprendre. Or, nous ne pouvons savoir combien d'entre eux, s'ils avaient survécu, eussent guéri définitivement, et le malheur est que, d'une manière générale, ce soient précisément ceux qui ont été opérés le plus largement et qui avaient, en conséquence, le plus de chances de guérir définitivement, qui ont payé à la mort le plus large tribut.

Voici les opérés que j'ai pu retrouver, que j'ai vus ou dont j'ai pu avoir des nouvelles précises.

Mme S..., opérée le 25 mars 1901, soit depuis trois ans, pour une récidive de ganglions axillaires après extirpation du sein.

Mme F..., opérée le 9 octobre 1900, soit depuis trois ans et quatre mois (cancer du sein).

Mme D..., opérée le 23 mai 1900, soit depuis trois ans et dix mois (cancer du sein).

Mme C..., opérée le 20 avril 1899, soit depuis quatre ans et onze mois (cancer du sein).

M. C..., opéré le 11 septembre 1900, soit depuis trois ans et quatre mois (ostéosarcome du tibia).

Mme M..., opérée le 10 avril 1899, soit depuis quatre ans et onze mois (cancer de l'utérus, hystérectomie abdominale).

M. A..., opéré le 9 mars 1899, soit depuis cinq ans (énorme cancer du testicule, ectopie remplisant la fosse iliaque).

M. P..., opéré le 15 novembre 1898, soit depuis cinq ans et quatre mois (pour épithélioma branchial très volumineux).

M. H..., opéré le 13 janvier 1897, soit depuis sept ans et deux mois (pour un épithélioma du voile du palais).

M. G..., opéré le 17 novembre 1896, soit depuis sept ans et cinq mois (pour un ostéosarcome du maxillaire, avec ganglions ulcérés, considéré comme inopérable dans plusieurs services).

Deux malades que j'ai suivis ont succombé à des maladies intercurrentes.

M. C..., opéré le 12 janvier 1897, pour un épithélioma du plancher de la bouche adhérent au maxillaire, avec ganglions sus-hyoïdiens. Mort en mars 1900 d'hémorragie cérébrale, sans trace de récidive, après trente-huit mois.

M. H..., opéré le 19 mars 1897, d'un épithélioma étendu à toute la lèvre inférieure, avec ganglions sous-mentaux. Mort de pneumonie en novembre dernier, six ans et demi après son opération, sans trace de récidive.

Une malade. Mme N..., que j'ai opérée le 23 septembre 1898, d'hystérectomie abdominale pour un cancer utérin déjà étendu au vagin, a été revue plusieurs fois, jusqu'en avril 1903, soit pendant quatre ans et demi en parfait état. Je n'ai pu la retrouver cette année.

Voici à titre de document quelques cas encourageants que je donne, bien qu'ils n'aient pas encore atteint le délai de trois ans, parce qu'il sont intéressants, soit par le succès déjà obtenu, soit par la gravité particulière et la rareté des bons résultats dans les cas analogues :

M. B..., opéré le 12 janvier 1903, pour un énorme sarcome de la région glosso-épiglottique, avec volumineux paquets ganglionnaires bilatéraux. Opération par voie transhyoïdienne. État parfait depuis quatorze mois.

M. X..., opéré le 3 février 1903, soit depuis treize mois, pour un cancer de la face interne de la joue, déjà récidivé cinq fois.

M. B..., opéré le 27 janvier 1903, soit depuis quatorze mois, pour un épithélioma du maxillaire supérieur avec ganglions sous-maxillaires et carotidiens (vu ce matin, en excellent état).

M. V..., opéré le 29 octobre 1902, pour un cancer du rectum, soit depuis dix-sept mois.

Mme L..., cancer du sein opéré depuis seize mois.

Mme D..., cancer du sein opéré depuis vingt-deux mois.

Mme L..., cancer du col utérin opéré par hystérectomie abdominale depuis vingt-deux mois, état excellent.

M. X..., épithélioma de l'amygdale et du sillon glosso-amygdalien avec paquet ganglionnaire carotidien, sans trace de récidive depuis dix-huit mois.

Enfin trois épithéliomas de la langue opérés respectivement depuis dix-neuf, vingt-deux et trente mois. Ce dernier avec mon collègue et ami Demoulins qui l'a revu et m'a donné de ses nouvelles.

Mon impression très nette, sans qu'il me soit possible de l'appuyer sur des chiffres précis, impression qui, je le pense, concorde avec celle de la plupart d'entre nous, c'est qu'en dehors des cancroïdes cutanés dont la bénignité relative est connue de tous, mais qui n'en sont pas moins des cancers, les meilleurs résultats sont obtenus dans le cancer du sein où la proportion des malades guéries est nombreuse et doit s'élever, à mon sens, à un tiers des malades et peut-être même davantage, ce qui concorderait avec les chiffres donnés dans l'excellent travail de Mériel. Les résultats donnés par l'hystérectomie abdominale dans le cancer du col utérin sont des plus médiocres; ils sont cependant beaucoup moins mauvais qu'on ne pourrait le supposer, mais l'opération reste grave, surtout avec les manœuvres de recherche des ganglions pelviens qui ouvrent de larges espaces celluleux qui favorisent toutes les infections. Mais le pire du cancer est celui de la langue, d'autant plus grave qu'il se rapproche davantage de la base de l'organe et du pilier du voile du palais. Les opérations dirigées contre lui, graves lorsqu'elles s'adressent au cancer des deux tiers antérieurs, deviennent vraiment terribles quand elles sont dirigées contre le cancer du tiers postérieur, du pilier antérieur du voile du palais, et du sillon glosso-amygdalien. La résection du maxillaire assombrit beaucoup leur pronostic et, bien qu'elle donne beaucoup de jour et permette de faire dans cette région redoutable les opérations les plus étendues avec une grande facilité, j'ai une tendance à y renoncer. Les opérations faites isolément dans le cou sont relativement bénignes, même très étendues. Il en est de même pour les opérations faites isolément dans la bouche. Mais lorsqu'on réunit la plaie de la bouche à la plaie du cou, lorsqu'on augmente les délabrements et les surfaces d'absorption par la résection du maxillaire, la mortalité s'élève dans des proportions désolantes, si bien que je crois aujourd'hui qu'il faut autant que possible s'efforcer, lorsque la chose est possible, de conserver, entre la bouche et le cou, la barrière du plancher buccal. Les chances de récidive n'en sont pas sensible-

ment accrues, et la gravité de l'opération en est diminuée dans de très grandes proportions.

Voilà donc les résultats que j'ai obtenus, ou tout au moins les résultats que j'ai pu suivre et contrôler. Quelle que soit leur imperfection, je trouve qu'ils doivent suffire à nous encourager dans la lutte sans merci que nous devons engager contre le cancer. Nous appelons de tous nos vœux, pour cette lutte où nous marchons encore sur une route semée de cadavres, des moyens d'action supérieurs à ceux que nous possédons aujourd'hui. Peut-être nous est-il permis de les entrevoir et de vivre dans l'espérance de leur prochaine réalisation ; mais tant que nous ne les aurons pas, nous n'avons qu'une seule arme efficace et certaine, l'intervention chirurgicale.

Il n'y a qu'une seule raison qui puisse nous faire hésiter à nous en servir, c'est, toutes les fois qu'il s'agit de lésions un peu étendues, son indiscutable gravité. Est-ce une raison suffisante? Je ne le pense pas. Le cancer est une affection si grave et si redoutable qu'il n'y a pas, pour la combattre, d'intervention trop grave, ni d'opération trop terrible, et, tant que nous entrevoyons l'espoir d'un succès possible, nous devons élever nos actes à la hauteur des circonstances et ne pas laisser briser notre énergie par la crainte d'une catastrophe qui, s'il s'agissait de nous, nous apparaîtrait à tous, j'en ai la conviction, comme une solution bienfaisante.

La gravité opératoire augmente très rapidement avec l'étendue du mal, en même temps que diminuent les chances de guérison définitive. Si donc nous voulons à la fois diminuer le nombre de nos revers et multiplier celui de nos succès, il faut nous efforcer d'agir quand le mal n'est pas encore trop loin de son début. L'avenir de la cure chirurgicale du cancer est dans les opérations à la fois précoces et larges, et qui seront toujours, en proportion du mal, d'autant plus larges qu'elles seront plus précoces.

Quelles que soient nos idées personnelles, il n'est aucun de nous qui ne soit convaincu de la vérité de cette dernière assertion. C'est pourquoi, si nous voulons opérer les cancers dès leur début, dès qu'ils sont reconnus ou même soupçonnés, nous devons faire passer notre conviction dans l'esprit de ceux qui les voient avant nous, des médecins qui nous lisent ou qui nous écoutent et qui se demandent si, devant ce mal implacable, il faut engager la bataille, ou s'il faut, au contraire, abandonner toute espérance.

Pour moi, c'est avec l'ardeur d'une conviction profonde, qui m'est inspirée par ce que j'ai vu et par ce que je vois chaque jour, que je viens prononcer ici des paroles d'espoir et dire de nouveau que toutes les fois que nous nous trouverons en présence de

cancers encore assez limités, l'intervention chirurgicale nous permettra d'en guérir quelques-uns, et que le jour où l'éducation progressive des malades et la confiance des médecins nous permettront de ne pas les opérer trop tard, nous pourrons en guérir beaucoup.

M. Hartmann. — Je crois que M. Poirier a eu grandement raison d'en appeler de la sensation de découragement qui régnait parmi un certain nombre d'entre nous, et de préconiser, plus qu'on ne le faisait, les tentatives opératoires en présence d'un cancer de la langue.

Dans les cancers au début, je borne cependant mon intervention à des ablations intra-buccales. Lorsque la lésion est peu étendue, mobile, qu'un palper bimanuel, avec un doigt intra-buccal et la main sous-maxillaire, ne permet de ne trouver aucun ganglion, aucun épaississement du plancher buccal, je me contente de faire une ablation par les voies naturelles sans toucher à la région sus-hyoïdienne. J'ai ainsi des guérisons d'épithéliomas microscopiquement examinés, se maintenant après cinq ans et quatre ans. Un troisième cas, opéré depuis deux ans et demi d'un épithélioma du bord droit, est resté guéri de ce côté, mais est venu me trouver avec un épithélioma du bord gauche, cette fois, épithélioma que j'ai opéré comme le premier. Il s'agissait d'un leucoplasique.

Ces cas sont malheureusement rares, et trop souvent on a fait subir aux malades des traitements d'épreuves qui aggravent manifestement le pronostic.

D'ordinaire les malades se présentent dans les conditions de ceux que nous a montrés M. Poirier, avec des engorgements ganglionnaires.

Avec MM. Berger, Ricard, Walther, je fais l'ablation en bloc de la lésion linguale, de la glande sous-maxillaire et des ganglions.

D'une manière générale, j'opère de la manière suivante :

Je fais une longue incision curviligne dans la région sous-maxillaire, dépassant en arrière le bord du sterno-mastoïdien, en avant la ligne médiane, et, s'il existe des ganglions carotidiens, je branche sur la convexité de cette incision une deuxième incision rectiligne, oblique en bas et en arrière.

Je dissèque la lèvre inférieure de l'incision, je chemine dans la région cervicale au-dessous de la masse ganglionnaire, de manière à l'aborder par sa partie inférieure et à lier les troncs artériels à leur émergence de la carotide externe. La dissection des parties profondes, sous-jacentes aux ganglions, est poursuivie aussi loin que possible.

Je passe ensuite à la lèvre supérieure de l'incision, relevant la peau jusqu'au bord inférieur du maxillaire, raclant ensuite la face interne de ce dernier jusqu'à ce que j'arrive sur la face externe de la muqueuse du plancher buccal.

La masse ganglionnaire sus-hyoïdienne avec la glande sous-maxillaire se trouve alors mise à nu et isolée en bas et profondément; elle ne tient plus que par en haut à la base de la langue.

Je remplace les pinces par des ligatures au catgut, je touche toute la plaie avec la solution phéniquée forte, et je la recouvre d'une compresse de gaze trempée dans la même solution.

J'ouvre alors la cavité buccale, ne craignant pas plus que Walther l'ouverture de cette cavité. Avec le thermo-cautère j'incise la muqueuse, très près du maxillaire, sur une pince qu'un aide pousse par l'intérieur de la bouche, la petite incision ainsi faite est ainsi facilement agrandie, toujours avec le thermo. La langue est attirée dans la plaie sus-hyoïdienne. La gêne respiratoire qui accompagne momentanément cette traction, cesse immédiatement quand on amène la pointe fortement en haut et en avant.

On a alors sous les yeux toute la langue; rien n'est plus simple que de couper avec des ciseaux les parties au-delà de l'ulcération cancéreuse, de manière à enlever en bloc le cancer et la masse ganglionnaire avec les tissus interposés.

Deux à trois pinces à pression, sur les points d'où partent des jets de sang, suffisent pour amener l'hémostase. Ces points sont liés, puis des sutures au catgut rétrécissent la perte de substance de la langue. Lorsque sa base a été intéressée je repasse les chefs du catgut le plus postérieur dans le pilier antérieur, de manière à suspendre ainsi la base de la langue et à l'empêcher de tomber sur l'orifice supérieur du larynx, ce qui arrive quelquefois lorsque l'ablation a dépassé en avant la ligne médiane du maxillaire et supprimé à ce niveau les attaches antérieures de l'organe.

L'opération est terminée ou à peu près. Il ne reste plus qu'à rétrécir un peu, par des sutures, la partie antérieure de la brèche que j'ai soin de laisser largement ouverte, tamponnant à la gaze iodoformée la plus grande partie de la plaie, à la partie postérieure de laquelle je place un gros drain qui de la bouche s'étend à la région cervicale.

Par dessus ce pansement profond, je place un pansement superficiel à la gaze stérilisée, qu'on changera aussi fréquemment que cela sera nécessaire, sans toucher au pansement profond.

De grandes irrigations buccales sont faites toutes les deux heures avec de l'eau additionnée de formol.

On est étonné en procédant ainsi de voir combien est simple l'évolution de la plaie. La température reste normale et l'on ne

voit pas survenir d'accidents septiques. Je n'ai pas eu de mort à déplorer sur les neuf cas que j'ai opérés dans ces trois dernières années. Je n'ai malheureusement pas revu ces malades à longue échéance et ne puis dire quels sont les résultats éloignés de l'intervention.

M. Poirier. — Je terminerai par quelques courtes observations une discussion qui, semble-t-il, n'a pas été stérile.

De toutes les critiques qui ont été faites au procédé d'ablation des cancers de la langue que j'ai préconisé, une seule m'a touché en raison de son apparence de force.

Plusieurs d'entre vous m'ont reproché, lorsque je ménage le plancher de la bouche, pour diminuer la gravité de l'acte opératoire, de laisser dans ce plancher quelques vaisseaux lymphatiques dégénérés.

C'est précisément cette dégénérescence que je conteste; dans la plupart des cas, les vaisseaux lymphatiques sont intacts, alors que les ganglions auxquels ils ont apporté les éléments cancéreux sont dégénérés. Cela est incontestable, étant prouvé par de très nombreux examens histologiques. Ce point mérite d'être noté. Lorsque vous avez des récidives dans le plancher buccal, c'est que vous avez opéré sans dépasser suffisamment les limites de la tumeur, car la récidive ne se fait point dans les vaisseaux lymphatiques. Ceux qui opèrent largement n'ont point de récidives locales; Walther, Hartmann, ont accusé des récidives à distance, dans les ganglions et ils nous ont dit leur résolution d'étendre l'exérèse dans le territoire lymphatique correspondant. Je leur prédis des succès durables.

Mon maître et ami Berger adopterait volontiers mon procédé s'il ne craignait en allongeant l'opération d'ajouter à ses dangers déjà grands. Je ne partage pas du tout les idées de ceux qui prétendent que l'opération est d'extrême gravité et accusent une mortalité de 50 p. 100. Je prétends même que l'opération complète, logiquement étendue, comme je la demande, ne nous donnera qu'une très faible mortalité, lorsque nous saurons la pratiquer; diviser l'acte opératoire en deux temps, séparés par quelques jours, comme je le fais maintenant, réduit le danger à néant dans les cas opérables et permet d'opérer sans trop de risques les cas considérés jusqu'ici comme inopérables.

Sebileau étendant la question au pharynx a fort assombri, à mon avis le pronostic; si je m'en rapporte à mon expérience personnelle portant sur cinq cas, les tumeurs étendues à la paroi pharyngienne peuvent être opérées sans grand danger; sur cinq cas, je n'ai pas eu de décès.

Sebileau a insisté avec raison sur l'inutilité des sections ou résections du maxillaire inférieur, défendues par Quénu et d'autres.

Après avoir pratiqué ces sections autrefois, je les ai, comme je vous l'ai déjà dit, abandonnées, parce qu'elles aggravent le pronostic de l'opération sans agrandir réellement le champ opératoire; et point n'est besoin de scier l'os, pour en écarter les branches; c'est le cas de dire que le jeu n'en vaut pas la chandelle.

Ricard n'eût pas reproché à mon procédé d'être trop anatomique, ce qui est, à mon avis, la première qualité d'un procédé chirurgical, s'il eût réfléchi que, même en enlevant le plancher de la bouche, on laisse toujours sur la base de la langue, dans le sillon glosso-épiglottique, les plus gros de ces lymphatiques; fort heureusement, ces vaisseaux, dans la grande majorité des cas, ne sont point dégénérés.

Vous ayant dit, à notre dernière séance, comment je me comportais, en véritable opportuniste, vis-à-vis des glandes sous-maxillaires, je ne reviendrai pas sur ce point.

J'ai entendu avec bonheur les éloquentes paroles de mon ami Faure; je partage toutes ses espérances, vous ayant dit déjà, à différentes reprises : le cancer, affection locale, est justiciable de l'exérèse large et logiquement conduite. Sur ce sujet, il ne faut plus alléguer les opinions de nos maîtres qui opéraient moins bien, moins largement et moins sûrement que nous : la main du chirurgien moderne, guidée par des notions anatomiques et anatomo-pathologiques plus étendues, peut et doit être plus bienfaisante.

Communications.

Documents sur l'hystérectomie totale en cas de fibromes.

M. Richelot. — Je ne viens pas vous proposer un nouveau débat sur la question que je vous ai soumise en novembre dernier : la dégénérescence possible du moignon de la subtotale et les liens qui unissent le cancer de l'utérus à l'état fibromateux. Chacun de nous a dit ce qu'il avait à dire, et personne, je crois, n'a envie de recommencer. Mais la controverse n'est pas close pour toujours, et les documents nouveaux doivent être accueillis avec faveur. C'est pourquoi je vous apporte l'opinion de nos deux collègues, MM. Treub (d'Amsterdam) et A. Reverdin (de Genève); elle doit figurer dans nos Bulletins avant que le souvenir de notre discussion soit complètement effacé, mais je n'y veux trouver,

croyez-le bien, aucun prétexte pour vous remettre en émoi, ni ressasser une question qu'il est bon de laisser dormir.

Mon plaidoyer pour l'hystérectomie totale a fait un peu, parmi vous, l'effet d'une pierre qu'on jette dans une mare de grenouilles, avec cette différence que, dans les mares, les grenouilles se dispersent, tandis qu'à la Société de Chirurgie, elles se groupent contre le trouble-fête. C'était chose naturelle : je venais vous déranger dans vos habitudes. Si j'avais pris la parole pour établir seulement les relations pathogéniques entre fibrome et cancer, vous n'auriez pas discuté si vivement ; ce n'était que de la pathologie. Mais j'ai parlé de la subtotale, dans laquelle vous vous endormez en ignorant l'autre ou en la voyant sous les traits rébarbatifs d'une totale pour cancer : alors vous avez pris feu, il ne fallait pas toucher à la subtotale ! Et Pozzi a voulu clore la discussion par une phrase lapidaire qui se termine ainsi : « La cause est entendue .»

Oui, la cause est entendue, en ce sens que les avocats ont plaidé, mais le jugement n'est pas rendu, que je sache. Treub et Reverdin m'ont chargé de vous le dire.

Le premier, dans sa lettre d'envoi, me déclare que « les arguments contre l'hystérectomie totale produits dans la discussion lui paraissent plutôt maigres » et qu'il tient « à se ranger ouvertement de mon côté ». Vous verrez dans son mémoire qu'il n'a pas d'observation de dégénérescence cancéreuse du moignon ; mais il trouve, d'après notre discussion même, que le danger n'est pas du tout imaginaire. On pourrait ergoter sur le plus ou moins de fréquence de la transformation maligne, s'il était prouvé que la mortalité est plus forte après l'hystérectomie totale ; mais, comme celle-ci n'est pas plus dangereuse que sa voisine, les chances de malignité, petites ou grandes, sont une raison pour préférer l'opération complète. « Pour moi aussi, dit-il, la cause est entendue », mais dans un sens tout autre : les chiffres de Pozzi — 9. p. 100 dans l'hystérectomie totale, 5 p. 100 dans la subtotale — ne sont pas paroles d'évangile. Vous voulez du pourcentage ? Treub en a mis dans son travail : la totale lui donne 2 p. 100 de mortalité, moins que la subtotale n'en donne aux autres. Il n'est pas ému par « la vieille rengaine » du péril vaginal, et il trouve que l'hémostase n'est ni longue ni laborieuse. Sa conclusion est tout en faveur de l'hystérectomie complète, et parce qu'il possède un bon procédé, et parce que la dégénérescence du moignon n'est pas un mythe ; mais il est bon prince, et concède que la subtotale, quoique inférieure, est une « méthode simple et rapide par excellence » qui convient à certains cas.

Auguste Reverdin a subi un instant la séduction de la subtotale,

mais l'argument de la dégénérescence l'a empêché de succomber; il revient à la totale en nous disant : « Vous la trouvez trop lente et vous avez peur du sang? N'y a-t-il pas moyen de s'arranger? » Ici passe le bout de l'oreille, car son moyen d'obtenir la rapidité plus grande et l'hémostase plus facile, vous l'avez deviné, c'est la suspension. Dès 1893, il a prévu et il a dit que l'hystérectomie totale serait plus d'une fois en lutte avec l'hystérectomie partielle; que pathologistes et chirurgiens doivent trouver sans intérêt de conserver quelque partie d'un organe dont la fonction est supprimée; que nous gardons seulement ce qu'il est impossible ou trop périlleux d'enlever; que le pédicule utérin est au moins inutile et souvent dangereux, à preuve le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir, et la préoccupation constante que montrent les chirurgiens, depuis des années, de se protéger contre lui. L'hémostase et la séparation du vagin sont facilitées par la méthode des tractions. Reverdin est pleinement d'accord avec moi sur la « désinsertion vaginale » et sur la fermeture immédiate de la plaie par quelques points de suture; il ne parle pas d'une tranche vaginale, « car, si tranche il y a, c'est qu'on a coupé le vagin trop bas, au lieu de le détacher ». La désinsertion terminée, on a deux lèvres minces, taillées en biseau : « Ce n'est presque plus le vagin et pas encore l'utérus. » Voilà le point : prenez ou non la mécanique de Reverdin, mais sachez faire la désinsertion vaginale ; vous trouverez alors que la totale est facile, qu'elle ne saigne pas, et que le détachement du vagin et la suture immédiate de la plaie ne durent pas plus, en somme, que la section transversale, le rôtissement de la muqueuse ou l'excavation au bistouri, la fermeture du moignon.

Je borne là cette courte analyse des travaux que m'ont envoyé notre correspondant d'Amsterdam et notre associé de Genève, et je les remercie de m'avoir prêté le secours puissant de leur autorité scientifique et de la sympathie qui s'attache à leurs noms.

Un mot pour terminer. Dans ma communication du mois de novembre, j'ai reconnu que nous savons aujourd'hui nous garantir contre les accidents infectieux dont le pédicule était autrefois la cause ; je l'ai reconnu parce que c'est vrai, habituellement vrai, et je n'ai formulé contre le moignon de la subtotale d'autre grief que celui de la dégénérescence. Il me suffisait pour l'instant; on vient, d'ailleurs, d'en causer à la Société des Sciences médicales de Lille, où on a rappelé les travaux de Duret, Druon, Verstraete, et cité un cas d'épithéliome du col chez une femme opérée plusieurs années auparavant d'un polype fibreux (Franchomme), et un exemple de coïncidence du cancer et du fibrome sur un même utérus (Camelot). Je vois sans étonnement la série continuer, et

je n'ajoute rien à ce que j'ai dit sur ce côté de la question; mais, puisque l'opération partielle a tant de prétentions, je ne puis m'empêcher de rappeler qu'à d'autres points de vue elle n'est pas infaillible, que les accidents infectieux n'ont pas absolument disparu, qu'enfin les chirurgiens ont peut-être tort de ne pas réagir contre cette « paresse de l'esprit ou des doigts » à laquelle j'ai fait allusion, qui les porte à laisser toujours un moignon et à ne pas achever leur besogne. Je soigne en ce moment deux malades à qui un de nos collègues a fait l'hystérectomie subtotale; toutes les deux ont un moignon douloureux, infecté, suppurant ; je vous dirai plus tard ce que j'en aurai fait. J'en observe une troisième qui, après la même opération, a eu des accidents terribles, suppuration sous-péritonéale, perforation de la vessie, laparotomie secondaire; elle souffre encore misérablement, mais le souvenir de ses maux passés l'empêche de consentir à l'extirpation vaginale du moignon, qui seule pourrait la délivrer. Elle est, jusqu'à nouvel ordre, moins heureuse que la malade de Macnaughton Jones (*Brit. med. Journ.*, 17 octobre, et *Gyn. Soc.*, 8 octobre 1903), qui a été guérie par une intervention secondaire et un bon drainage, après des accidents très graves de « nécrose du moignon et de cellulite pelvienne ».

A propos de l'hystérectomie totale,

par M. le professeur HECTOR TREUB (d'Amsterdam).

Si je me permets d'ajouter un mot à la discussion de la Société de Chirurgie sur l'hystérectomie totale pour fibromes, ce n'est pas que je puisse apporter des observations de dégénération cancéreuse du moignon cervical après une myomo-hystérectomie incomplète. Tout au plus pourrais-je citer une observation de sarcomatose péritonéale survenue un an à peu près après l'ablation d'un grand fibrome par amputation supravaginale. Mais puisque, dans le débat, il s'agit du choix entre l'hystérectomie subtotale et la totale, mon observation n'est pas de grande importance.

Un point déjà ressort clairement des différentes communications, savoir, que la dégénérescence cancéreuse du moignon n'est pas un danger imaginaire du tout. C'était à prévoir, je le veux bien, mais encore a-t-il fallu le prouver. C'est ce qu'a fait M. Richelot.

Maintenant, la question de la *fréquence* plus ou moins grande de cette dégénérescence a-t-elle vraiment l'importance qu'on a voulu lui donner? Il me semble que non.

D'abord, il est bien entendu que, chez des malades encore jeunes,

je préfère l'énucléation avec conservation de la matrice, si cette opération ne présente pas des difficultés à en devenir trop dangereuse, voire même impossible.

Ensuite, dans les cas de fibromes n'arrivant pas à l'ombilic et nécessitant l'hystérectomie, la voie vaginale m'a paru jusqu'ici préférable à l'abdominale, quoiqu'il me faille avouer que, maintenant qu'une expérience de quatre ans m'a appris l'innocuité presque absolue de l'hystérectomie abdominale totale, je vais probablement restreindre les indications de la voie vaginale au profit de l'abdominale. Quoi qu'il en soit, il y a toujours des cas pour lesquels l'hystérectomie abdominale seule est justifiée, ou pour lesquels on préfère cette opération, et c'est à ces cas que se rapporte la question de la supériorité de la subtotale ou de la totale.

Dans cette question, la fréquence de la dégénérescence cancéreuse du moignon aurait une importance capitale, s'il était prouvé que la mortalité de l'hystérectomie totale est plus grande que celle de la subtotale. Dans ce cas seulement, il s'agirait de faire de l'arithmétique médicale, comme nous en faisons tous les jours quoiqu'elle soit peu exacte. Il s'agirait alors d'arriver à savoir, d'une part, combien de fois pour cent la dégénérescence cancéreuse du moignon se montre et, d'autre part, de combien la mortalité de l'hystérectomie totale pour fibrome dépasse celle de la subtotale. De la comparaison de ces deux données devrait dépendre le choix de l'opération.

Ainsi, si, partout et toujours, les deux chiffres de la mortalité étaient ceux que M. Pozzi a donnés à la séance du 4 décembre, 9 p. 100 dans les hystérectomies totales et 5 p. 100 dans la subtotale, on ne saurait résoudre la question sans un relevé exact des cas de dégénérescence maligne du moignon.

Mais la question se pose d'une tout autre manière, si l'hystérectomie complète ne se trouve être pas plus dangereuse que la subtotale, *a fortiori* si elle donne une mortalité moindre.

Dans ce cas, les chances de la dégénération maligne du moignon, chances plus ou moins grandes, ne seront qu'une raison de plus de préférer l'opération complète à l'incomplète.

Pour moi aussi la cause est entendue, mais dans le sens opposé à M. Pozzi. Depuis le mois de janvier 1900, je me suis servi d'une méthode de myomo-hystérectomie totale qui, sur cinquante opérations, ne m'a donné que deux cas de mort. Encore, dans l'un de ces cas, j'ai opéré en pleine péritonite purulente, causée par la perforation d'un fibrome sous-séreux avec ramollissement purulent, et qui a enlevé la malade vingt-quatre heures après l'opération.

Je pourrai donc chiffrer ma mortalité opératoire pour l'hystérectomie totale à 2 p. 100.

Les causes de ce bon résultat me paraissent être l'hémostase préventive exacte, la fermeture du péritoine (avantages que possède aussi la subtotale) et surtout l'établissement d'un canal de drainage du tissu sous-péritonéal vers le vagin. On voit donc que, au lieu de me laisser impressionner par « la vieille rengaine » du péril vaginal, j'utilise au contraire le vagin comme soupape de sûreté.

Que cette explication de mon succès soit juste, oui ou non, peu importe. Les faits restent et ils sont probants. Je ne saurais mieux faire que de donner une simple description du procédé que j'emploie, en ajoutant que je ne prétends nullement l'avoir inventé. Les questions de priorité ne m'intéressent pas du tout, et si quelqu'un réclame la paternité de la méthode, je la lui laisserai volontiers. Je traduis la description de l'opération telle que je l'ai donnée dans la quatrième édition de mon traité (hollandais) de gynécologie, paru il y a quelques semaines.

Dès que le ventre est ouvert, la malade est mise dans la position de Trendelenburg, de sorte que la cavité de Douglas se vide et que les intestins se cachent sous la partie intacte de la paroi abdominale. La tumeur est prise par un tracteur hélicoïde et attirée hors du ventre. Le ligament large, qui se présente tout déployé, est serré par une longue pince du haut en bas jusqu'au delà du ligament rond, si c'est possible. Lorsque l'ovaire est sain et qu'il n'y a pas de raisons techniques de l'enlever, on le laisse et, à cet effet, on applique la pince entre l'ovaire et la matrice; quand on veut enlever l'ovaire, on met la pince en dehors de celui-ci. Dans le dernier cas, il ne faut pas oublier de diriger la pince obliquement de l'extérienr et en haut vers l'intérieur et en bas, afin d'éviter le danger d'y prendre l'uretère. La pince étant appliquée et fermée, on coupe le ligament large au ras de la pince. Les vaisseaux qui donnent dans la partie utérine du ligament sont pourvus d'une petite pince. Ensuite, le second ligament large est traité de la même manière.

On réunit les angles inférieurs des deux plaies par une incision transversale du péritoine sur la face antérieure de la tumeur. Cette incision permet de refouler le péritoine avec la vessie jusqu'à ce que l'on puisse voir ou sentir les vaisseaux utérins. Ceux-ci sont pris dans une pince et coupés. La même manœuvre est répétée de l'autre côté.

Ensuite la tumeur est basculée vers la symphyse, on cherche avec les doigts le bout inférieur du col, et au-dessous de ce point le vagin est ouvert par une courte incision transversale, dont

les prolongements, n'intéressant que le péritoine, vont des deux côtés jusqu'à la plaie du ligament large. Une pince à mors est appliquée à la plaie vaginale et reste là provisoirement sans qu'on s'en occupe. Elle sert plus tard à retrouver facilement la paroi vaginale lors de la suture. Le col est pris par une seconde pince à mors et renversé vers la cavité de Douglas, de sorte qu'avec des ciseaux on peut détacher facilement le vagin du pourtour du col. Cela fait, quelques coups de ciseaux suffisent à couper le reste du tissu paramétrique et l'utérus peut être enlevé avec la tumeur. Généralement, quelques petits vaisseaux (1) donnant de la plaie vaginale nécessitent l'application d'une pince.

D'abord on met des ligatures aux vaisseaux pincés et on enlève les pinces, et ensuite, après s'être convaincu qu'il n'y a plus de vaisseaux donnant, on commence la suture du péritoine. A cet effet, l'aiguille armée d'un long fil de soie passe par la partie supérieure du ligament large et on noue le bout libre du fil. Avec le reste du fil on fait une suture de matelassier, derrière la pince et au ras de celle-ci, jusqu'à la pointe de l'instrument. Un assistant prend alors dans une main le bout supérieur noué du fil et dans l'autre le bout enfilé et, dès que l'opérateur a enlevé la pince, il tire le bout inférieur vers le supérieur, de sorte que tout le ligament large est froncé. Le reste du fil sert à une suture en surjet des lèvres de la plaie péritonéale. Les parois vaginales ne sont prises que par un seul point, à l'angle de la plaie; du reste, on laisse la plaie vaginale béante. On continue la suture jusqu'à peu près le milieu de la plaie. Puis on fait la même suture de l'autre côté, et quand les deux fils se touchent on en noue les bouts.

Quand il s'agit d'une femme jeune, à laquelle on laisse les ovaires, on peut, si l'on veut, faire une petite modification de l'opération, savoir, de fixer dans le vagin les extrémités abdominales des trompes par un ou deux point du surjet, de telle sorte que l'ouverture abdominale se trouve dans le vagin. Il y a des chances que la muqueuse tubaire se charge du rôle de la muqueuse utérine enlevée et que cet utérus artificiel donne lieu à une menstruation. Généralement, il n'arrive qu'une sécrétion séro-purulente plus ou moins périodique, et dans ce cas la malade n'en est pas très contente; mais il arrive aussi qu'il y a une menstruation légère, mais réglée. Chez une de mes opérées, ce résultat se maintient déjà depuis plus d'un an et demi, et les symptômes de la ménopause anticipée manquent absolument.

(1) Je tiens à faire remarquer que mon expérience est absolument la même que celle de M. Richelot et que cette hémostase secondaire n'est ni difficile, ni laborieuse, ni longue.

La fermeture de l'abdomen et l'application d'un tampon de gaze iodoformée au vagin, avec un bout dans la plaie vaginale béante, terminent l'opération.

Je n'ai que peu de choses à ajouter à cette description.

Dans les cas typiques, et pour les opérations de fibromes c'est la grande majorité, l'opération décrite prend de vingt-cinq à trente minutes, de l'incision abdominale à sa fermeture, la perte sanguine est minime et les suites opératoires sont simples.

Il va sans dire que l'on devra, et que l'on pourra facilement, changer le traitement des ligaments larges dans le cas de développement intra-ligamentaire, etc.

La seule contre-indication de l'hystérectomie totale sera donnée par un état général de la malade exigeant impérieusement une durée opératoire aussi courte que possible. Sous ce rapport, M. Richelot l'a déjà dit et je suis parfaitement de son avis, il n'y a pas de grande différence entre la totale et la subtotale. Dans ce cas, qui du reste ne s'est pas présenté chez mes malades des quatre dernières années, je préférerai la simple amputation supra-vaginale à l'aide d'une ligature élastique perdue.

Quoique cette opération ait d'autres inconvénients, dont je ne veux pas embrouiller la question qui nous occupe en ce moment, et qui la rendent de beaucoup inférieure à l'hystérectomie totale, elle n'en reste pas moins la méthode simple et rapide par excellence.

Je ne veux pas terminer en disant que j'ai décrit la méthode définitive de l'hystérectomie abdominale, ni même la moins dangereuse. L'un et l'autre seraient présomptueux, surtout eu égard aux résultats que M. Monod a donnés de ses hystérectomies subtotales à la séance du 29 avril. Mais tous ceux qui font de la subtotale n'ont pas de si beaux résultats, j'en appelle aux chiffres donnés par M. Pozzi. Il me semble regrettable au plus haut point que tous les orateurs, qui ont insisté sur la durée plus longue de l'hystérectomie totale et la plus grande simplicité de la subtotale, ne se soient pas donné la peine de faire un relevé exact de leurs opérations et d'en communiquer le résultat.

Pour moi, comme pour M. Richelot, le danger immédiat de la totale n'est certainement pas plus grand que celui de la subtotale.

Ceux mêmes qui préfèrent la subtotale se plaisent à dire que la différence de gravité entre les deux opérations n'est pas grande.

Eh bien, pour ceux-ci, les faits rassemblés par M. Richelot et par plusieurs de ses contradicteurs dans le débat, et qui mettent en lumière la chance, pas grande, j'en conviens, mais pourtant existante, d'une dégénérescence maligne du moignon cervical me

semblent devoir faire pencher la balance vers la myomohystérectomie totale.

A propos de l'hystérectomie totale,

par le professeur AUGUSTE REVERDIN (de Genève).

L'opinion émise dernièrement par M. Richelot sur la possibilité de la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale, a provoqué à la Société de Chirurgie une discussion que j'ai suivie avec d'autant plus d'intérêt que je m'étais attaché il y a quelques années à défendre l'hystérectomie totale.

Or, c'est à cette intervention qu'on aboutit logiquement si les prévisions de M. Richelot se réalisent plus souvent qu'on ne l'admet généralement.

La plupart des contradicteurs de M. Richelot ont montré une tendance non déguisée à considérer l'opinion de ce maître comme exagérée. Exagérée ou non, elle aura toujours eu l'avantage d'attirer l'attention sur un point fort intéressant de l'avenir de nos opérées, et de permettre d'établir bientôt, il faut l'espérer, grâce à la bonne volonté de tous, la proportion réelle des cas de subtotales suivies de l'apparition de cancer du col. Lors de mon dernier séjour à Paris (octobre 1903) j'ai assisté à bon nombre d'hystérectomies subtotales conduites avec beaucoup de *brio* et de succès; aussi me sentais-je plus que jamais disposé à suivre le mouvement et à m'attacher avec moins de ténacité que précédemment à l'ablation complète du col utérin.

L'objection Richelot refroidit quelque peu mon enthousiasme et, quoique je sois persuadé que dans la grande majorité des cas la subtotale ne sera pas suivie de cancer du col, il se pourrait que quelques chirurgiens fussent enclins à revenir plus fréquemment à la totale; ils verraient alors si rien d'avantageux ne pourrait être mis en œuvre pour la rendre plus rapide, puisqu'on la trouve trop lente, moins hémorragique, puisqu'on lui reproche d'exiger une longue et pénible hémostase.

Ce sont ces considérations qui m'autorisent peut-être à prendre la parole, non pas sur le premier point : fréquence du cancer dans le moignon cervical, mais bien sur le second : Rapidité plus grande, hémostase plus facile dans l'hystérectomie totale.

Le 8 mai 1892, j'employai pour la première fois un appareil de traction destiné à faciliter l'extirpation de l'utérus fibromateux

par la voie abdominale, fort peu en honneur à cette époque.

J'avais, d'instinct, toujours préféré la large *tranchée* abdominale à l'étroit *tunnel* vaginal!

C'est ce point de vue que je soutins en ces termes, au Congrès de Chirurgie de 1893. — « Lorsqu'en raison de symptômes graves, menaçant la vie, on se décide à intervenir dans ces circonstances, deux méthodes principales se partagent la faveur des chirurgiens : l'hystérectomie totale et l'hystérectomie partielle.

Laquelle de ces deux manières de procéder mérite, *a priori*, la préférence?

Telle est la grave question qui a été et sera sans doute encore souvent débattue devant vous.

En supposant que le problème soit proposé à un pathologiste quelconque, non spécialisé dans la chirurgie, sa réponse ne se ferait sans doute pas attendre.

Pourquoi, dirait-il, conserver quelque partie d'un organe dont la fonction est supprimée ?

Et le chirurgien de répondre, s'il est sincère :

Nous ne conservons que ce qu'il est impossible ou trop périlleux d'enlever.

Tel est bien, en effet, le vrai nœud de la question. On garde un pédicule parce qu'on ne peut faire autrement!

Reste à savoir si le dernier mot a été dit sur le sujet, si ce jugement est sans appel!

Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus est au moins inutile, souvent dangereux. Je n'en veux pour preuve que le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles.

Le désir de se débarrasser de lui en le mettant à la porte de la cavité péritonéale, voire même de l'abdomen, est tel que, non content de le fixer dans la plaie, ou de le recouvrir avec de la séreuse, on a proposé de le faire basculer dans le vagin en ouvrant le cul-de-sac de Douglas.

Toute la chirurgie relative à l'hystérectomie évolue depuis des années autour de ce malheureux pédicule la préoccupation constante est toujours de se protéger contre lui. »

Ce plaidoyer en faveur de la *totale* date de 1893, époque à laquelle l'hystérectomie abdominale était bien peu en honneur. Depuis, je suis resté fidèle à cette manière de voir, ce qui ne m'a pas empêché, dans quelques cas ou la subtotale me paraissait plus avantageuse, de l'employer et d'en avoir tiré bon profit; mais mon opinion d'une manière générale n'a pas varié, elle s'est même fortifiée par une expérience personnelle déjà longue, qui me permet de prédire aux confrères qui seraient tentés d'avoir recours à

la méthode des tractions, qu'ils y trouveront des avantages que je n'avais pas tous prévus moi-même.

Je savais bien qu'en saisissant la tumeur et en l'attirant verticalement, je supprimerais ce que son poids pouvait avoir de gênant et diminuerais les contacts toujours suspects des mains des aides. J'avais bien prévu que la tumeur suspendue serait facilement inclinable dans la direction la plus favorable à la mise au jour des attaches à sectionner, à lier; mais je n'avais pas entrevu que les tractions, en allongeant les tissus en général et plus particulièrement les vaisseaux, rendraient l'hémostase plus facile.

Ceci veut dire que, lorsque la traction a agi pendant un certain temps, on a sûrement moins de vaisseaux à lier que si l'on opère sans son aide.

Voilà de quoi satisfaire ceux qui trouvent que l'hémostase est beaucoup plus longue dans la totale.

Ce qui abrège encore, et surtout, cette hémostase, c'est le fait que, grâce à la traction continue, dès que les premiers et principaux moyens d'attache sont tranchés, l'utérus se dégage, sort de la profondeur et se rapproche sensiblement de la main de l'opérateur.

Ce mouvement d'ascension est relatif; il varie, cela va sans dire, avec l'état des parties sollicitées. Parfois, très considérable, il est ailleurs plus restreint et doit le rester, car il serait dangereux dans certaines circonstances d'insister outre mesure.

Lorsque des collections annexielles ou des adhérences intestinales se présentent serrées et nombreuses, je serai le premier à conseiller la prudence et à dire, comme toujours d'ailleurs : ne *tirez* pas, *tendez* seulement!

Mais ces cas ne sont pas les plus fréquents, à Genève du moins (il est possible qu'en certains grands centres, à Paris en particulier, les annexes soient plus souvent atteintes); aussi, les exceptions ne devant pas infirmer la règle, il me paraît que tout opérateur prudent saura profiter des avantages de la méthode sans la compromettre par l'excès, et sera bientôt persuadé que la ligature des utérines et la séparation du vagin sont certainement facilitées par les tractions.

Quant à la séparation du vagin, je suis absolument d'accord avec M. Richelot. J'entre dans le vagin par le point le plus facilement accessible, à droite, à gauche, devant ou derrière, peu importe. Si j'ai le choix, je fais de préférence une incision antérieure médiane qui, partie de l'utérus aboutit au point le plus élevé du cul-de-sac vaginal antérieur.

Par cette petite boutonnière verticale, je saisis transversalement avec des pinces, à droite et à gauche, la partie supérieure du

vagin, que je désinsère de proche en proche en agissant toujours *au-dessus* des pinces.

Arrivé aux utérines, qui sont souvent pincées avant d'être coupées, je les lie et continue en arrière la désinsertion, en plaçant toujours des pinces. Celle-ci est bien vite achevée. Rebroussant alors du côté du vagin les lèvres, que n'ont pas abandonnées les pinces, je les adosse par cinq à six points de suture entrecoupée ou même continue.

L'hémostase est de la sorte parfaitement et rapidement assurée, et si, par hasard, une retouche est nécessaire, elle ne peut être que de faible importance.

Si, au cours de cette description, je n'ai pas prononcé le mot de *tranche vaginale*, c'est à dessein ; car, si *tranche* il y a, c'est qu'on a coupé le vagin plus bas qu'il ne convenait, au lieu de le détacher ; d'où hémorragie probable, ou, en tout cas, hémostase plus longue, plus laborieuse.

Ce qui subsiste dans la partie supérieure du vagin, une fois la désinsertion terminée, ce sont deux lèvres minces taillées en biseau. On pourrait dire : *Ce n'est presque plus le vagin et pas encore l'utérus.*

Ainsi comprise, la *désinsertion vaginale* est bonne. Les tractions simplifient notablement, je le répète, ce temps de l'opération.

Pour désinsérer le col, je me sers de ciseaux un peu spéciaux. Ils sont courts, forts et courbés sur le plat. Leurs lames ont deux tranchants, l'externe plus mousse que l'interne, mais coupant encore à la manière d'une rugine.

Cet instrument me sert pour la décortication de toutes sortes de tumeurs : ganglions, goitres, fibromes, etc. Il permet d'avancer rapidement, sans quitter la tumeur ; dans la désinsertion vaginale, sans quitter le col.

Il réunit en un mot toutes les qualités des ciseaux, de la rugine et de l'élévateur.

Et maintenant que j'ai prôné à nouveau la méthode des tractions, je me demande pourquoi elle n'a pas trouvé plus d'adhérents. Je crois que les raisons en sont fort simples. Il faut sortir de ses habitudes, faire un bon pour l'acquisition des instruments, trouver un point d'appui au-dessus de la table d'opérations, etc. Tout cela est fort ennuyeux, j'en conviens, mais moins compliqué au fond que cela ne paraît.

Les salles d'opération ont le mérite d'être généralement très hautes de plafond. Il faut donc renoncer à y prendre un point d'appui et se munir tout simplement d'une barre fixe, telles qu'on en rencontre dans les salles de gymnastique, barre supportée par deux montants verticaux, qui laisseront toute la place voulue

aux assistants pour évoluer autour de la table et de la malade.

L'hystérectomie étant pour ainsi dire « pain quotidien » dans nombre de services, il vaut bien la peine d'établir l'appareil en question si on en reconnaît la valeur.

Et d'ailleurs, la suspension ne s'adresse pas seulement aux fibromes, car les cas sont fréquents dans lesquels ce moyen est une précieuse ressource. Pour mon compte, j'ai eu si souvent à m'en louer que je ne comprends guère une salle d'opérations dépourvue de ce précieux moyen de supprimer maints obstacles.

Quoi qu'il advienne, on est en droit d'espérer que la question soulevée par M. Richelot portera ses fruits en provoquant une revision instructive de nos anciennes opérées.

En attendant cet heureux résultat, j'ose espérer qu'on suspendra de plus en plus les hostilités et les fibromes !

Rapport.

Remarques sur la pathogénie du decubitus acutus post-opératoire, par M. VANVERTS (de Lille).

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Dans un petit mémoire, riche en indications bibliographiques, et que M. Vanverts a adressé il y a quelque temps à la Société de Chirurgie, notre jeune confrère de Lille étudie avec le plus grand soin la pathogénie du decubitus acutus post-opératoire.

Le decubitus acutus constitue un accident relativement rare, mais qui, depuis quelques années, a singulièrement exercé la sagacité des observateurs. C'est naturellement après les opérations et principalement à la suite des interventions sur l'utérus et ses annexes qu'il semble avoir été le plus souvent observé, mais il y faut encore ajouter la symphyséotomie, l'ischio-pubiotomie et la résection sacro-coccygienne signalée dès 1892 par Leprevost, du Havre. (Terrier et Hartmann, Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus, *Revue de Chirurgie*, 1892; Legueu, Les eschares sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale, *Congrès de Gynécologie*, Bordeaux, 1895; Championnière, in *Thèse* Du decubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale, *thèse*, Paris, 1897; Villar, Eschare sacrée à la suite d'une hystérectomie vaginale, *Journal de Médecine de Bordeaux,* 1895; Baudron, *thèse*, Paris, 1894; Routier, Du décubitus aigu, eschare sacrée, suite d'hystérectomie vaginale

pour pyosalpinx, *Bulletin de Gynécologie*, 1897; Segond, Le decubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale, *Revue de Gynécologie*, 1897.)

Comment se produit le decubitus ? Comme il siège d'ordinaire à la région sacrée, il est naturel d'admettre qu'il est dû à la compression des parties molles comprises entre le plan du lit et le squelette, et que, sous cette action mécanique, il se produit une sorte d'ischémie qui amène le sphacèle. Mais là n'est pas la seule cause, comme nous le verrons plus loin.

En dehors de cette cause déterminante, il faut, de plus, admettre une cause prédisposante due à une insuffisance de vitalité des tissus, à une sorte de déchéance cellulaire. Mais quelle est l'origine de cette déchéance ? C'est là où commencent les hypothèses.

Beaucoup d'auteurs avaient déjà insisté sur ce fait qu'on ne rencontre le sphacèle que dans les opérations qui ont exigé des manœuvres intra-pelviennes complexes.

Baudron qui, le premier, a étudié dans sa thèse la pathogénie de cette lésion, y voit un trouble trophique comparable dans son évolution au décubitus d'origine spinale. Cette opinion est admise par nos collègues Legueu et Segond ; le premier dans une étude présentée au Congrès de Bordeaux en 1895, le deuxième dans un travail publié en 1897 dans la *Revue de Gynécologie*. Pour Segond, l'eschare ressemblerait à celle que l'on observe dans les lésions traumatiques de la moelle, lesquelles, d'après J. Ashurts lui-même, exposent d'autant plus à l'évolution des troubles trophiques que la blessure médullaire siège plus bas.

Nous pouvons ajouter d'ailleurs que depuis longtemps les auteurs qui ont écrit sur les troubles trophiques dans la paralysie générale et le tabes (Arnozan, *thèse* agrégation, 1880 ; Joffroy, *Ann. méd.-psych.*, 1865 ; Christian et Ritti, art. « Paralysie générale », in *Dechambre* ; Herissey, in *thèse*, 1901 ; Cololian, *Arch. neurologie*, 1898 ; Fregevu, *thèse*, 1876) insistent sur l'origine nerveuse de l'eschare et la rattachent aux lésions des cordons blancs postérieurs et de la substance grise de la moelle. Sous ce rapport, la bibliographie de Vanverts qui se borne aux noms de Samuel et Charcot est fort incomplète. J'ai eu, pour ma part, bien souvent l'occasion dans les ascites d'observer des eschares dans des cas où les lésions médullaires n'étaient pas douteuses.

Une fois l'analogie établie par les auteurs entre le décubitus post-opératoire et le décubitus d'origine spinale, les divergences commencent aussitôt.

Les uns admettent le tiraillement des extrémités nerveuses au cours des manœuvres parfois complexes de l'hystérectomie. Les pinces, disent-ils, étreignent et meurtrissent des filets nerveux

plus ou moins importants, et le processus irritatif qui en résulte pouvant se prolonger le long des nerfs du bassin réalise les conditions pathogéniques favorables à la production des troubles trophiques. Mais d'autres auteurs, et en particulier Segond, affirment que le decubitus acutus ne s'observe que dans les cas les plus simples et jamais dans les cas compliqués. Que penser de ces divergences ? Morestin (*thèse* de 1894) envisage les eschares comme l'avait déjà fait Leprevost au Congrès de Chirurgie en 1892 dans les opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, et les explique par ce fait qu'elles se rencontreraient de préférence chez des femmes atteintes depuis longtemps d'affections periutérines inflammatoires susceptibles de provoquer du côté des nerfs pelviens un travail irritatif qui trouverait dans le traumatisme opératoire des conditions voulues pour s'aggraver et provoquer en fin de compte les lésions caractéristiques du décubitus ; et cette opinion qu'on peut admettre pour expliquer le décubitus dans l'hystérectomie est acceptée par notre collègue Segond.

L'origine nerveuse des eschares a été depuis lors adoptée pour expliquer celles produites à la suite de l'hystérectomie abdominale (Pérriol, *Dauphiné médical*, 1902, Decubitus acutus et hystérectomie), ainsi que celles qu'on voit survenir après la symphyséotomie et l'ischiopubiotomie (Pinard, De l'ischiopubiotomie, *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1893. — Varnier, de la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1893, *Ann. de gyn., et d'obst.*, Paris, 1894. — Frommel, *Jahresb. über die Forts. auf dem Gebirte der Geburts. und Gynäk.*, 1893. — Bué, La symphyséotomie à la clinique obstétricale de Lille. — *Revue obst.*, *Toulouse*, 1896. Bar, *in* Michel. Le decubitus acutus comme complication de la symphyséotomie *Th. Paris*, 1897. — Maygrier, *in* Michel).

On peut résumer ainsi de la façon suivante l'opinion actuelle sur la pathogénie du decubitus acutus post-opératoire. Pour tous, le point de départ des lésions est l'irritation ou la destruction de certains nerfs du bassin, peut-être prédisposé par une inflammation antérieure. Cette irritation se propage aux branches des nerfs sacrés qui se rendent au tégument des régions sacrées ou fessières et déterminent ainsi à ce niveau par troubles trophiques la production rapide d'eschares.

M. Vanverts combat cette théorie et vous apporte à l'appui de son opinion deux faits personnels d'eschares, l'un consécutif à la cure radicale d'une éventration, l'autre à une opération d'hystéropexie, auxquels il ajoute un cas que son collègue Potel a observé à la suite d'appendicite, et deux faits anciens publiés par Nicaise et le professeur Tillaux relatifs à des eschares produites à la suite d'ovariotomie simple.

A ces quatre observations que nous rapporte Vanverts on pourrait en ajouter beaucoup d'autres. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer, surtout dans les asiles, mais parfois à l'hôpital, des malades chez qui, à la suite d'opérations quelconques, on voyait apparaître des eschares. Je demande sur ce point l'opinion de mes collègues. N'est-il pas en effet, probable, qu'au moment où la chirurgie abdominale est définitivement entrée dans la pratique courante, l'apparition de ces eschares ait davantage frappé l'attention des chirurgiens ?

Il y a déjà dans cette constatation que je demande à mes collègues de confirmer, un argument sérieux contre l'origine spinale de ces eschares, origine qu'on invoquait pour expliquer leur présence à la suite des opérations pratiquées sur le bassin. Quelle valeur, en effet, pourrait-elle conserver si vous veniez confirmer la constatation que j'ai faite moi-même de ces eschares à la suite d'opérations quelconques?

Quoi qu'il en soit, il est une autre objection que M. Vanverts ne soulève pas et qui me paraît capitale.

Les eschares survenues dans les conditions indiquées par les auteurs ont-elles toutes droit à l'épithète qui leur a été donnée de decubitus acutus? Tous n'ont pas suffisamment insisté sur leur évolution, et je rappelle ici que la qualification de decubitus acutus ne convient qu'à celles qui se produisent en quelques heures. Celles-là, décrites jadis par Charcot, reconnaissaient bien une origine spinale et il est même digne de remarque que les eschares produites par ce mécanisme guérissent parfois avec une incroyable rapidité. En est-il de même de celles qui ont été observées à la suite des opérations pratiquées sur l'utérus?

Si l'on est conduit à ne pas reconnaître pour tous les cas de decubitus acutus une origine spinale, si même on est amené à la révoquer en doute, quelle cause peut-on dès lors invoquer?

Notre collègue Segond s'est déjà prononcé sur l'origine infectieuse qui d'après lui ne saurait être incriminée comme cause de l'eschare. Certes, s'il en était ainsi dans les cas qu'il a observés, est-il bien sûr qu'il en est de même dans tous? L'infection joue en effet, un rôle prépondérant dans les eschares qu'on voit survenir dans la fièvre typhoïde, l'infection puerpérale et les septicémies.

Cette dernière a bien disparu de nos services, mais il est d'autres auto-intoxications qui préparent, comme l'infection, la déchéance cellulaire et exposent aux eschares.

Je veux parler de l'alcoolisme chronique. Chez les alcooliques les eschares ne sont pas rares et dont j'ai observé bien des cas.

Déjà en 1875, Lemoine dans sa thèse sur le decubitus acutus chez les alcooliques avait attiré l'attention sur cette origine.

Mais ce n'est pas tout. Il faudrait parcourir la pathologie générale tout entière et étudier une à une toutes les auto-intoxications susceptibles de diminuer la résistance de la cellule, pour trouver autant d'origines possibles du décubitus sacré.

A toutes les causes auxquelles il faut rapporter selon moi, l'origine des eschares, il en est une dont M. Vanverts ne parle pas non plus et qui a une certaine importance.

Je veux parler des infections locales, dues au défaut de soins donnés aux opérés et qui sont au même titre que les conditions mécaniques dues à la compression la grande cause déterminante de la lésion.

Une écorchure, un furoncle se produit au niveau du siège. Si la région n'est pas entretenue, une infection locale se produit qui grâce à la déchéance cellulaire amène l'eschare. Dans nos asiles ou les auto-intoxications sont si fréquentes, le nombre des eschares est ou plutôt était considérable jadis. Depuis que les médecins ont eu l'attention attirée sur les infections locales qui en sont le point de départ, le nombre de ces eschares a diminué dans des proportions considérables. Il est même des services où elles ont complètement disparu.

Je pense, en résumé, qu'il est exagéré de rapporter à une origine exclusivement nerveuse, dont il n'existe d'ailleurs aucune preuve anatomo-pathologique précise, le decubitus acutus post-opératoire qui n'est pas, selon moi, l'apanage d'un seul groupe d'opérations, qu'on peut rencontrer à la suite de toutes les opérations de la chirurgie, et qui de plus reste relativement rare, eu égard au nombre considérable d'opérations pratiquées dans la zone génitale.

Je crois qu'il convient de faire une large place aux auto-intoxications diverses qui préparent la déchéance cellulaire, et qu'il convient également de se rappeler que toutes choses égales d'ailleurs, l'apparition de ces eschares est en rapport direct avec les soins locaux donnés aux malades, et qu'on peut, en augmentant la surveillance locale, faire diminuer le nombre de ces eschares, dans une proportion considérable.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. Vanverts et de déposer son travail dans nos archives.

M. Hartmann. — Je crois que M. Picqué a eu grandement raison d'insister sur l'importance des soins locaux donnés aux malades. J'ai vu autrefois un certain nombre d'eschares, spécialement à la suite d'opérations sur le rectum et sur le vagin. Ces eschares ont complètement disparu depuis que, ne craignant plus de remuer les malades, on les lave avec soin. Aussi je ne crois guère

à la théorie qui invoque les lésions de plexus nerveux et les troubles nerveux graves à la suite des opérations.

M. Routier. — Je ne crois pas qu'on puisse expliquer ces eschares larges, noires et subites que nous avons appelées *decubitus acutus* par la pression et la saleté; j'en ai observé deux cas, dans des hystérectomies vaginales, et chez des femmes jeunes; ces eschares se produisirent dans les vingt-quatre premières heures; formées d'un seul coup, elles furent très longues à guérir; je crois qu'il s'agissait là des troubles tropho-névritiques.

M. Paul Segond. — Les intéressantes réflexions de M. Picqué donnent une juste idée des conditions variées qui président à la production des eschares habituellement observées, mais elles ne prouvent pas du tout la non-existence du *decubitus acutus*, tel que je l'ai décrit comme « complication possible de l'hystérectomie vaginale ».

M. Hartmann, il est vrai, vient de nous déclarer que les arguments sur lesquels nous nous sommes basés, Baudron, Legueu et moi, pour admettre un *decubitus acutus* post-opératoire comparable au *decubitus acutus* d'origine spinale, sont des arguments *sans aucune valeur*. Mais, pour être sommaire autant que simple, le décret de M. Hartmann n'en mérite pas moins pour lui-même le jugement qu'il porte sur nos arguments; n'en déplaise à notre collègue, les observations de Legueu comme les miennes ont été prises avec le plus grand soin et sont semblables à celles que Routier vient de signaler; elles démontrent péremptoirement qu'à la suite des opérations pelviennes, on peut exceptionnellement observer des eschares qui par leur précocité d'apparition et leur rapidité d'évolution se présentent avec tous les caractères d'un trouble trophique.

M. Tuffier. — A propos des causes locales capables de provoquer ces gangrènes de décubitus, je signalerai un agent chimique dont nous nous servons presque tous dans nos opérations; c'est l'éther.

J'ai vu plusieurs fois ces eschares survenir après des opérations pour lesquelles on avait sur la table d'opération même nettoyé la paroi abdominale, ce liquide caustique coulant le long du bassin jusque sous le siège, la région sacrée se trouvait ainsi baigner et macérer dans l'éther pendant toute la durée de l'opération. J'ai constaté dans un cas, particulièrement, tous les signes d'un décubitus qui ne pouvait reconnaître d'autre origine.

M. Pozzi. — Le decubitus acutus peut se produire après toutes les opérations sur les organes génitaux, je l'ai observé après l'hystérectomie, et tout récemment j'en ai eu un cas apparu rapidement après la périnéorraphie. Il s'agissait d'une femme obèse, assez âgée et très déprimée. Je crois que l'influence du système nerveux est prépondérante dans le plus grand nombre des cas et élimination faite des excoriations et brûlures qui ne doivent pas être confondues avec les larges et profondes eschares d'emblée du decubitus acutus.

M. Walther. — J'ai observé nombre de fois ces eschares dont vient de parler M. Tuffier et dues à l'écoulement et à l'accumulation sous le siège de l'alcool et surtout de l'éther employés pour le nettoyage de la paroi abdominale. Aussi ai-je pris l'habitude pour éviter cet accident de faire, immédiatement après ce lavage, soulever le malade et glisser sous le siège une alèze sèche.

Mais ce que je tiens à dire, c'est que ces eschares qui sont de véritables brûlures, évoluent comme des brûlures et ne ressemblent en rien aux eschares dites de decubitus acutus, dues à des lésions nerveuses, à des troubles trophiques comme celles dont viennent de parler MM. Segond et Routier. Il y a là des lésions absolument différentes et qu'il ne faut point confondre.

M. Quénu. — Je voulais faire la distinction que vient d'établir M. Walther entre des eschares par saleté, pression ou action de liquides irritants et le véritable décubitus pour lequel l'état trophique général et la dépression du système nerveux me paraissent avoir une influence prépondérante.

M. Bazy. — Il faut distinguer, comme l'a fait Walther, les eschares de decubitus acutus des eschares dues à l'éther, et à l'alcool; ces dernières peuvent aussi être causées par d'autres substances que l'alcool et l'éther.

Il y a en effet des eschares de decubitus acutus, des eschares dues à une infection locale et des eschares dues à des substances irritantes, vésicantes.

J'ai observé une de ces dernières chez un malade à qui j'avais fait dans sa maison une lithotritie et qui avait eu une large eschare du dos, véritable brûlure que nous n'avons pu attribuer qu'à la qualité de la lessive employée pour nettoyer les draps, car je n'avais employé ni alcool ni éther pour aseptiser la verge.

M. F. Legueu. — Je crois nécessaire de ne pas confondre les différentes variétés d'eschares qui se produisent à la suite de toutes les opérations au niveau du sacrum.

Nous savons que la malpropreté peut les favoriser; nous savons que l'éther et l'alcool font à ce niveau des brûlures. Mais les eschares du *décubitus* que j'ai été un des premiers à voir et à signaler avec M. Segond sont tout à fait différentes. Elles se sont produites, pour les cas que j'ai vus au moins, dans des conditions telles qu'il est impossible d'invoquer la malpropreté et la cautérisation. Et je les ai considérées comme liées à l'opération elle-même ou à la susceptibilité nerveuse du sujet.

M. Poirier. — Il serait désirable que nos collègues nous apportent leurs faits personnels pour trancher cette question.

M. Picqué. — La diversité des opinions émises par nos collègues prouve combien la question est complexe et peu susceptible d'une solution immédiate.

M. Hartmann a appuyé mes conclusions avec une fermeté que je n'avais pas osé apporter moi-même et M. Quénu en nous parlant de malades affaiblies chez lesquelles il a vu ces eschares, semble donner raison à l'opinion que j'avais émise.

Ces cas sont-ils semblables à ceux de M. Segond, c'est ce que je ne puis dire; il est possible que nous parlions les uns et les autres de faits tout à fait dissemblables.

Le seul point qu'on puisse affirmer, c'est que ces eschares autrefois si fréquentes sont devenues bien rares aujourd'hui.

Il me semble que conformément au désir de M. Poirier, nos collègues devraient nous apporter les cas qu'ils ont eu l'occasion d'observer pour pouvoir trancher d'une façon scientifique et définitive un point intéressant de pratique.

M. Tuffier. — Ce que je voudrais voir ressortir de cette discussion, c'est que le décubitus acutus autrefois assez fréquent est devenu maintenant absolument exceptionnel. Il y a donc dans ces causes quelque chose de changé, et ce quelque chose n'est certainement pas le système nerveux de nos opérés.

Présentations de malades.

Résection d'un lobe supplémentaire du foie.

M. Walther. — Je vous ai déjà présenté au mois de juin 1903 le lobe de foie que j'avais réséqué chez cette malade, lobe supplémentaire détaché de la face inférieure du lobe droit, et oscillant à la façon d'un battant de table, provoquant des douleurs vives et un amaigrissement considérable.

Cette malade est revenue hier à la Pitié, et j'en ai profité pour vous la présenter, ce que je n'avais pu faire l'an dernier. Il est, du reste, plus intéressant de voir aujourd'hui, dix mois après l'opération, les résultats déjà assez éloignés de l'intervention. Cette femme ne souffre plus, son rein déplacé est bien maintenu par une ceinture et l'état général est excellent, l'embonpoint a reparu, la digestion est régulière.

Je ne puis cependant attribuer à la seule résection hépatique ce très bon résultat. En effet, la malade était profondément éthylique lorsque je l'ai opérée; depuis ce moment, elle a suivi mes conseils, et a observé un régime alimentaire sévère, qui a sans doute contribué pour une bonne part à la guérison.

Cancer du sein et castration.

M. A. Guinard. — Dans notre séance du 6 janvier, je vous ai présenté une malade dont l'histoire se résume ainsi :

Carcinome fibreux du sein, vérifié histologiquement par une biopsie, avec masse ganglionnaire dans l'aisselle. Castration et ablation d'un utérus avec fibromes, le 9 octobre 1903. Disparition rapide de l'adénopathie axillaire et atrophie progressive du sein et de la tumeur dont je vous présente les moulages successifs.

Aujourd'hui, je vous présente de nouveau cette malade, et vous pouvez constater que les choses sont restées en l'état. La tumeur du sein a complètement disparu, et la glande est atrophiée et à peine perceptible. On ne trouve pas trace d'adénopathie dans l'aisselle correspondante.

Mais sur la peau ou plutôt dans la peau qui avoisine le mamelon, on voit se développer depuis huit jours trois petits noyaux durs, qui sont bien évidemment des noyaux cancéreux comme on en trouve parfois dans les récidives, après les opérations pour les cancers du sein. Je vais dès demain enlever ces noyaux avec la

glande atrophiée : mais j'ai tenu à vous les montrer pour bien spécifier que, dans ce cas, la castration a modifié manifestement l'évolution de la tumeur de la glande mammaire, mais n'a nullement guéri le cancer, — ce qui était d'ailleurs bien prévu. Ce qui est à noter, c'est que ces noyaux cancéreux sont cutanés, et n'adhèrent en rien à la glande mammaire, qui reste atrophiée et indépendante. Il semble donc que la castration a eu une influence considérable sur la tumeur du sein, mais n'a eu aucun effet salutaire sur le cancer.

M. Quénu. — Il paraît bien que sur la malade de M. Guinard, sous une influence inconnue, il y ait eu réellement une transformation d'allure du cancer. La tumeur est devenue atrophique. Il y a là un phénomène remarquable bien digne de ne pas passer inaperçu.

J'estime qu'il y a lieu d'opérer aujourd'hui cette tumeur du sein qui présente une nouvelle période d'acuité.

M. Monod. — Je partage l'avis de M. Quénu sur l'existence actuelle chez cette malade d'un squirrhe atrophique du sein. Mais il ne me paraît pas démontré que le changement d'allure dans l'évolution du néoplasme doive être rapporté à la castration faite par M. Guinard.

En tout cas, je pense que M. Guinard pratiquera l'ablation large de la tumeur, comme si rien n'avait été fait pour en modifier la marche. Et je crains bien que, malgré cela, la récidive ne soit rapide, en raison de la présence de noyaux dans l'épaisseur de la peau de la région. Mon maître Trélat insistait sur la gravité du pronostic en pareil cas, et conseillait même, alors, de s'abstenir de toute intervention.

M. Poirier. — J'ai observé un cas qui présente quelque analogie avec celui que nous présente Guinard. Une femme de quarante-trois ans que j'avais opérée d'un gros fibrome me montra quelques semaines après une tumeur du sein, du volume d'une mandarine et de consistance molle. Je parlai d'opération, bien que la tumeur ne présentât aucun des signes du cancer ; mais la malade, à peine remise de son hystérectomie, refusa toute intervention et retourna dans la colonie française qu'elle habitait. Quelques mois après elle m'écrivit, non sans quelque fierté, que sa tumeur avait complètement disparu. Fort surpris, j'écrivis au médecin de notre stationnaire dans cette colonie de bien vouloir examiner le sein de cette malade. Notre confrère me répondit qu'un examen minutieux lui avait révélé dans le sein la présence d'une petite grosseur

du volume d'une *noisette*. Donc une atrophie très notable s'était produite.

Mais voici la fin : ces faits se passaient il y a six ans; or, j'ai appris l'an dernier de source certaine que cette femme était morte d'un cancer des seins, bilatéral, en cuirasse.

Pour mon compte, et je prie mon collègue Guinard de ne point prendre mon observation en mauvaise part, car les nombreux travaux, étayés d'observations, parus sur ce sujet, paraissent autoriser ces tentatives, pour mon compte, je n'aurais pas osé tenter la chose; la malade présente actuellement deux nodules cutanés qui me font craindre une généralisation.

M. Peyrot. — Je pourrais citer un fait analogue à ceux qui viennent d'être exposés. Une malade d'une cinquantaine d'années est venue me consulter pour une tumeur du sein, qui est manifestement un squirrhe à marche lente, à tendances atrophiques. Or, cette dame a été opérée il y a douze ans par la castration totale pour une affection des annexes par un de nos collègues qui constata accessoirement chez elle, à cette époque, une tumeur du sein d'apparence bénigne. Notre collègue donna le conseil de pratiquer l'ablation de ce néoplasme par précaution, et sur le refus de la malade, qui ne voulait pas subir une nouvelle intervention, il fit faire pendant quelque temps la compression. Malgré la castration, la tumeur a évolué lentement, et, à l'heure actuelle, elle présente de la façon la plus nette le caractère du squirrhe atrophique. Elle sera, je pense, enlevée ces jours-ci.

M. Guinard. — Je fais remarquer qu'il ne saurait s'agir ici d'un squirrhe atrophique comme on en voit à la Salpêtrière. Chez les vieilles femmes de cet hospice, l'atrophie se produit lentement, en plusieurs mois et même en plusieurs années. Ici, vous pouvez voir sur ces moulages que l'atrophie — véritable atrophie suraiguë — s'est produite en un mois sous mes yeux. Et c'est manifestement sous l'influence de la castration que cette atrophie s'est produite.

Quant à ce que vient de dire M. Poirier, je répondrai que je ne regrette en rien ce que j'ai fait ici, et que j'y étais autorisé par les nombreuses observations analogues qui ont été publiées à l'étranger et par une guérison remarquable citée par M. Reynier au dernier Congrès de Chirurgie.

Fracture de la tête du radius.

M. Monod présente un jeune homme de dix-neuf ans chez qui l'examen radiographique a démontré l'existence, à la suite d'une chute sur les mains, d'une fracture limitée à la tête du radius droit avec déplacement du fragment en avant. Le seul signe clinique de cette lésion chez le malade est la limitation des mouvements d'extension et surtout de flexion du coude. Les mouvements de supination et de prostration sont possibles et il semble que l'on sente lors de ces mouvements rouler sous le doigt la tête du radius — qui en réalité n'est plus représenté ici que par l'extrémité supérieure de la diaphyse.

Épithélioma.

M. J.-L. Faure. — Voici une malade que j'ai revue par hasard ce matin même et que je comptais parmi les malades disparues dont je vous ai parlé dans ma communication d'aujourd'hui. Je l'ai opérée le 27 janvier 1903, il y a quatorze mois pour un épithélioma du maxillaire supérieur avec ulcération de la peau, avec gros paquet ganglionnaire sous-maxillaire et carotidien. Sa guérison apparente est actuellement parfaite.

Présentations de pièces.

Ablation d'une rate de 3.080 grammes.

M. Routier. — La rate que je vous présente pesait 3.080 grammes quand je l'ai enlevée : la femme qui la portait a trente-neuf ans; elle avait, disait-elle, maigri beaucoup depuis quatre mois, et se connaissait une grosseur dans le ventre depuis trois mois, grosseur qui augmentait beaucoup depuis quelques semaines.

Elle avait un air cachectique qui me fit penser à une tumeur maligne; il n'y avait cependant pas d'ascite.

Il y avait en avant une adhérence à l'épiploon avec deux ou trois gros vaisseaux plus gros que le pouce, à parois extraordinairement minces.

Une autre adhérence à l'estomac fut vite liée et coupée.

Le pédicule fut lié par deux catguts.

Restait une énorme cavité dans laquelle suintait un peu de sang par divers points impossibles à lier. Je pratiquai un tam-

ponnement avec de grandes compresses stérilisées et deux gros drains, la masse intestinale ne demandant qu'à remplir le vide produit.

Les suites furent assez simples, sauf quelques petits ennuis dus au drainage qui était mal fait, car il ne passait pas au point déclive; j'aurais dû faire une contre ouverture.

Au point de vue histologique on n'a rien trouvé d'anormal, mais je dois dire que tous les cinq jours environ, cette malade a des frissons et 40 degrés, puis elle reprend la normale.

Tout me fait donc croire qu'il s'agit d'une rate paludique.

Appendice totalement adhérent au cœcum.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter un appendice dont l'ablation a présenté les particularités suivantes : tumeur de l'extrémité du cæcum, du volume d'une petite noix, dont émerge un appendice totalement adhérent mais dont l'origine est bien distincte. Je passe deux catguts sous le cæcum entre la valvule de Bauhin et l'insertion de l'appendice, je lie fortement et sectionne au thermocautère entre deux pinces; la petite tumeur et l'appendice sont ensuite libérés avec les doigts sans hémorragie notable. Drain, réunion. Suites simples, sauf un peu de suppuration par le drain.

L'examen de la pièce montre que la tumeur est produite par un amas de fongosités obturant deux perforations cæcales et se continuant jusqu'au milieu de l'appendice largement perforé lui aussi — un feuillet péritonéal lisse recouvre le tout. L'intérêt de la pièce est l'extension au cæcum du processus inflammatoire de l'appendice, extension qui semble incompatible avec la théorie du vase clos. Les fongosités ne renfermaient pas de bacilles.

Rein tuberculeux, enlevé par néphrectomie.

M. Bazy. — Le rein tuberculeux que je vous présente, je l'ai enlevé ce matin par voie lombaire à un malade âgé de quarante-deux ans.

Ce que l'histoire de ce malade présente d'intéressant, c'est que le diagnostic a pu être fait par les moyens cliniques que je m'efforce de faire pénétrer dans l'esprit de mes élèves et de mes confrères et auxquels il faut attacher, je crois, de plus en plus de l'importance.

C'est un malade que j'avais vu il y a sept ou huit ans, et chez

lequel j'avais cru devoir diagnostiquer, en raison de ses antécédents, une prostatite avec cystite para-blennorragique.

Sous l'influence d'un traitement approprié, il s'était beaucoup amélioré et s'était même considéré comme guéri, quand, au mois d'octobre dernier, il était revenu me voir, se plaignant du retour de sa cystite qui avait reparu quelques semaines auparavant et qu'il avait améliorée par des injections de nitrate d'argent à 1/1000.

L'amélioration avait été momentanée.

Il était venu me voir parce que sa cystite avait repris.

L'urine était trouble; il urinait toutes les heures, toutes les heures et demie.

Mais il urinait aussi souvent la nuit que le jour; il y avait donc *pollakiurie nocturne.*

Je n'hésitai pas à diagnostiquer pyélite et peut-être pyélonéphrite.

Restait à voir le côté. J'explorai les régions rénales, en avant, en arrière.

Pas de douleur para-ombilicale, pas de douleur sous-costale ni douleur lombaire, pas d'hypermégalie rénale.

Quoique le malade fût gras, il n'était pas possible d'admettre une augmentation de volume du rein.

Mais si l'on pratiquait le toucher rectal, on avait alors un renseignement positif.

La prostate n'avait rien; mais au-dessus de la prostate et du côté droit, on sentait un empâtement net et on déterminait en ce point, surtout par la palpation bimanuelle, une douleur vive.

Rien au niveau du col, rien du côté gauche. Rien dans les antécédents ne m'autorisant à penser à une tuberculose rénale, je fis le traitement habituel de la pyélite simple : repos, régime lacté, révulsifs sur la région rénale.

De fait, sous l'influence de ce traitement, il se produisit une accalmie telle que le malade nous disait n'uriner que huit fois dans les vingt-quatre heures; il urinait quatre fois le jour et quatre fois la nuit.

Mais bientôt les accidents reprennent de plus belle, et son médecin peu au courant de la situation s'étonnait du peu d'insuccès de la médication qu'il avait instituée du côté de la vessie. Aussi profitant de mon absence, le conduisit-il chez un de nos distingués spécialistes qui diagnostiqua une *cystite tuberculeuse* ; il avait trouvé dans l'urine de nombreux bacilles de Koch, et il conseilla les instillations de sublimé, puis le goménol, le gaïacol.

Toutes ces médications ne produisaient aucun résultat avantageux. A mon retour, je fus mis au courant et insistai à nouveau sur mon diagnostic : pyélonéphrite droite tuberculeuse sans cystite.

En attendant, le malade souffrait de plus en plus, il était obligé d'uriner toutes les vingt minutes, toutes les demi-heures, tant la nuit que le jour.

Il était seulement un peu soulagé par une piqûre de morphine et par une injection intra-vésicale répétée deux fois par jour d'huile ortho-formée.

En présence de cette situation, et l'état général étant bon, le malade étant un tuberculeux gras, très-gras même, je proposai la néphrectomie.

Mais auparavant, je crus devoir demander l'avis de mon maître M. Guyon, qui fit les mêmes constatations que moi. J'y avais ajouté toutefois un renseignement qui n'était, du reste, que confirmatif de mon diagnostic.

Ce renseignement m'avait été fourni par l'examen cystoscopique.

Cet examen cystoscopique a dû être fait, du reste, sous chloroforme. La vessie était tellement intolérante qu'il eût était impossible sans cela. Je pense que, si j'eusse eu envie de faire la séparation des urines, je n'eusse pas pu la faire davantage : car le malade n'eût pas supporté le contact des instruments, quels qu'ils soient.

Sous le chloroforme, je constatai que je pouvais introduire dans la vessie environ 150 grammes de liquide.

Puis le cystoscope me fit voir la surface intérieure de la vessie avec sa teinte rosée jaunâtre habituelle traversée par de gros vaisseaux. La région de l'orifice urétéral gauche était saine : on voyait l'orifice urétéral sain, peut-être rouge, mais les bords n'en étaient ni rouges, ni boursouflés.

Au contraire, dans la région de l'orifice urétéral droit, on voyait une surface rouge, mamelonnée, œdémateuse, mais il n'y avait pas la plus petite ulcération tuberculeuse, pas plus du reste que sur le reste de la surface vésicale.

Au milieu de ces mamelons, l'orifice de l'uretère était invisible.

Au demeurant le malade urinait 1.400 à 1.600 grammes d'urine jaune par jour.

L'analyse dénotait :

Urée	35 gr. 85
Acide urique	1 gramme.
Chlorures	8 gr. 01
Acide phosphorique	2 gr. 56
Albumine	2 grammes.

Pensant que la plus grande partie et qu'en tout cas une quantité suffisante des principes excrémentitiels était éliminée par le rein du côté opposé à la lésion, ayant d'autre part constaté que l'orifice urétéral était sain, je crus pouvoir pratiquer la néphrectomie que j'ai faite ce matin.

La petitesse du rein que vous voyez explique pourquoi on ne le sentait pas par la palpation.

Vous voyez la grosseur de l'uretère qui est épaissi, dont l'intérieur est tapissé de produits caséeux et qui est du volume du petit doigt.

Le rein contient un certain nombre de cavernes, dont une était certainement du volume d'une petite noix.

Il n'existait pas de périnéphrite, mais la capsule du rein était assez adhérente au tissu graisseux ambiant.

Je tiens à noter ici la valeur et l'importance de la douleur urétérale inférieure, de l'empâtement péri-urétéral; l'existence de cette douleur, de cet empâtement prouve nettement que malgré l'absence de tout risque du côté du rein, tout l'uretère, le bassinet et le rein lui-même doivent être tenus pour malades et que quand il s'agit de tuberculose, on peut l'enlever sans danger, si la lésion est unilatérale.

Elections.

NOMINATION D'UN MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nombre des votants : 29. Majorité : 15.

MM. Arrou.	obtient	20	voix.	Élu.
Rieffel.	—	6	—	
Villemin	—	1	—	
Doyen.	—	1	—	
Bulletin blanc	—	1	—	

En conséquence, M. Arrou est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

La Société de Chirurgie décide qu'elle ne se réunira ni le mercredi saint ni le mercredi de la semaine de Pâques.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 13 avril 1904.

Le Secrétaire annuel,
DELORME.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 13 AVRIL 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Une lettre de M. Arrou, qui remercie de sa nomination au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

3°. — Une lettre de M. Faure, qui demande un congé jusqu'au 1er juin.

4°. — Une lettre de M. Bazy qui, indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

5°. — Un travail de M. Jacomet (de Douai), intitulé : *Fistule vésico-rectale par corps étranger de la vessie. Taille sus-pubienne. Évidement. Drainage. Guérison.*

— Le travail de M. Jacomet est renvoyé à une Commission dont M. Schwartz est nommé rapporteur.

6°. — Une lettre de M. le secrétaire général de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui invite la Société de Chirurgie à se faire représenter au deuxième Congrès de Médecine de langue française de l'Amérique du Nord, qui aura lieu à Montréal en juin prochain.

7°. — Une lettre de M. Galois (de Lille), adressant à la Société le premier numéro de la *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, dont il est le directeur en chef.

A propos de la correspondance.

M. Guelliot (de Reims) fait hommage à la Société du volume qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Études de Chirurgie*. — M. le Président remercie M. Guelliot au nom de la Société.

M. Legueu offre à la Société de Chirurgie la troisième édition du *Traité médico-chirurgical de Gynécologie* qu'il vient de publier avec la collaboration de Labadie-Lagrave.

Lecture.

Amputation basse dans un cas de gangrène par endartérite chronique. Gangrène de tous les orteils du pied gauche. Amputation de Lisfranc. Guérison (1),

par M. le Dr E. MASSE, membre correspondant de la Société de Chirurgie.

M..., âgé de soixante-sept ans, employé de bureau. On relève dans ses antécédents une pneumonie à vingt ans; à l'âge de vingt-cinq ans, une fracture du tibia pendant son service militaire qu'il a fait aux colonies; durant cette période, il a un peu abusé des apéritifs, vin blanc, bière, etc. Il était, en outre, grand fumeur.

Ses artères sont un peu dures et on les sent aujourd'hui sous le doigt.

Actuellement, ce malade fume beaucoup moins et n'abuse plus de l'alcool; il est devenu très sobre.

Depuis sept ou huit ans, sans cause connue, M... s'est aperçu que la marche était devenue fatigante, pénible et difficile; le contact du sol était difficilement supporté sur toute la longueur du métatarse et des orteils et cela dans le pied droit comme dans le pied gauche. Il survenait souvent des contractures douloureuses des pieds dans la nuit et quelquefois ces douleurs se traduisaient par de la claudication. Ces phénomènes nerveux vinrent se localiser dans le pied gauche qui devint le siège de douleurs très vives qui prenaient le caractère névralgique et s'exaspéraient surtout la nuit; elles avaient particulièrement leur siège sur le cinquième orteil. Petit à petit les orteils devinrent livides et

(1) Travail lu par le Secrétaire général.

froids, puis changèrent de couleur, tendant à devenir noirâtres et enfin noirs. Le sphacèle devint de plus en plus prononcé.

Je fus appelé auprès de ce malade en février 1892. Les urines avaient été analysées, prévoyant une gangrène diabétique; il n'y avait ni sucre, ni albumine; l'indican n'y avait pas été recherché.

Le gros orteil est atteint et les douleurs sont de plus en plus violentes. Le malade est soumis à un traitement opiacé et le pied est entouré de compresses imbibées d'eau oxygénée.

Me rappelant des essais thérapeutiques entrepris contre la gangrène par le professeur Laugier, je voulus combiner l'action de l'eau oxygénée avec les bains d'oxygène; j'enfermai le pied dans dans une botte de la ventouse de Junod qui me servit à réaliser autour du pied une atmosphère d'oxygène, pensant agir ainsi à la fois par l'oxygène et par l'eau oxygénée. Ce mode spécial de pansement atténua beaucoup les douleurs.

Du côté gangrené, il se faisait un sillon d'élimination très évident.

Le repos forcé que le malade était obligé de prendre amena une amélioration notable contre le phénomène douleur simultanément à gauche du côté malade et du côté sain.

Renonçant à obtenir l'élimination spontanée des parties sphacélées, je me décidai à faire une amputation basse. Je tentai une amputation atypique dans laquelle je voulais obtenir la conservation d'une partie du métatarse. Un lambeau plantaire fut circonscrit et les incisions ne donnèrent que peu de sang; les métatarsiens furent coupés à la cisaille dans leur milieu; une partie du métatarse avait été conservée, un bon lambeau plantaire matelassait et recouvrait l'incision dorsale. Six points de suture faits au crin de Florence réunissaient les parties molles. L'affrontement du lambeau avait suffi pour obtenir l'hémostase.

Il ne survint aucune hémorragie pendant la cicatrisation, pas la moindre fièvre, mais les points de suture amenèrent du sphacèle dans le lambeau à leur niveau.

En présence de ces phénomènes de récidive de gangrène, je résolus, au bout de quelques jours, de faire subir à mon malade une nouvelle opération, de rectifier la section osseuse pour transformer en un Lisfranc cette amputation médio-métatarsienne. Instruit du peu de vitalité des tissus et du danger des sutures dans ces régions en imminence de gangrène, j'essayai d'obtenir la réunion du même lambeau sans suture, par rapprochement simple des parties molles de la première rangée du tarse.

Cette deuxième opération fut exécutée sons difficulté. Chacun des métatarsiens fut successivement extirpé et désarticulé et le pied, pour ainsi dire, partiellement désossé. On ne fit de nou-

veau aucune ligature d'artère, le pied ne subit aucune suture; des bandelettes de gaze imbibées d'eau oxygénée soutenues par du coton hydrophile empaquetaient le pied qui était emprisonné dans la botte de Junod et enfermé dans une atmosphère d'oxygène.

Au bout de quinze jours, les parties molles étaient soudées. Le lambeau plantaire était régulièrement réuni à l'incision dorsale et le moignon avait l'aspect que l'on peut voir sur la photogravure qui accompagne ce travail. Un sillon indiquait encore la place des lambeaux et montrait la façon lente dont ils s'étaient réunis.

Cette observation est remarquable : 1° par l'absence d'hémostase, favorisée par le petit calibre des artères et leur facile oblitération ; 2° par l'absence de points de sutures sans lesquels on a pu obtenir la réunion par seconde intention.

L'eau oxygénée, les pansements dans une atmosphère d'oxygène me paraissent avoir un effet utile à la cicatrisation et à la réunion de ces plaies si disposées à la gangrène.

La ventouse de Junod utilisée chez ce malade à un tout autre usage auquel cet instrument est destiné me donna l'idée d'employer à l'avenir au traitement préventif de la gangrène l'application méthodique de la ventouse Junod dans les cas, par exemple, où on a intérêt à attirer le sang vers les extrémités en le forçant à s'y accumuler, ce qui est le rôle ordinaire de la ventouse que l'on applique quelquefois sur le membre inférieur en y faisant l'aspiration avec une pompe à air.

Pour prévenir la gangrène, on a toujours intérêt à favoriser l'activité circulatoire des extrémités refroidies.

Il y a certainement autre chose que des phénomènes d'irrigation vasculaire dans la gangrène, et l'histoire de notre malade nous indique qu'il y a eu là un effet trophique, vaso-moteur, sous la dépendance du système nerveux. Le malade a souffert des deux pieds et marchait quelquefois difficilement. La gangrène n'est survenue qu'au pied gauche.

Cette observation nous a paru fort intéressante pour apporter un fait de plus, bien probant, à l'appui de la cause des amputations basses dans les gangrènes dites séniles, ou par endartérite, ou gangrènes nerveuses, selon que l'on adopte telle ou telle étiologie de cette lésion.

L'origine de cette gangrène est discutable puisque les artères du sujet étaient athéromateuses et que, d'autre part, il y a eu des troubles trophiques incontestablement d'origine nerveuse qui nous paraissent se rattacher à une autre cause et se révélant probablement par des névrites douloureuses. Le calibre des artères était notablement rétréci, puisqu'il a suffi d'une légère

compression pour avoir l'hémostase dans le lambeau plantaire.

Je considère comme une condition de succès de n'avoir eu besoin de faire aucune ligature ni aucune forcipressure sur les vaisseaux sectionnés. L'irrigation défectueuse des tissus n'est pas une condition rigoureuse d'insuccès; des parties amputées dans lesquelles on n'a eu nul besoin de faire des ligatures ont eu une vitalité suffisante pour faire face à la cicatrisation et à la réunion.

Un premier essai de sutures, dans la première opération atypique transmétatarsienne, nous a appris qu'une condition pour éviter la récidive, c'est de tenter une réunion par seconde intention, et de supprimer les points de suture; le succès opératoire complet de mon Lisfranc, réalisé dans ces conditions, montre ce que l'on peut obtenir par le simple affrontement du lambeau. La réunion par seconde intention s'est faite aussi régulièrement que si l'on avait suturé : les résultats obtenus le prouvent. La cicatrisation s'est réalisée lentement, mais régulièrement, en prenant néanmoins quelques précautions pour maintenir l'affrontement des lambeaux et leur vitalité.

Le pansement avec des compresses d'eau oxygénée opérant dans une atmosphère d'oxygène n'a pas été sans influence sur les conditions dans lesquelles se sont trouvés les lambeaux.

Pas de ligature d'artère pouvant compromettre la vie des tissus, pas de points de suture pouvant faire redouter un nouveau point d'attaque dans une région si prédisposée à la gangrène, c'est là un pansement des plus utiles pour faciliter les phénomènes de cicatrisation et la reprise de toute la vitalité des tissus dans lesquels les parties sphacélées ont été supprimées. Une douce chaleur maintenue autour des tissus, tout a été appelé à réunir autour de cette plaie, où l'on voulait à tout prix obtenir un retour dans les conditions les plus favorables à l'affrontement et à la réunion qui s'est faite par seconde intention. La cause des amputations basses pourrait citer à son appui des amputations d'orteils sans récidive, des amputations de Lisfranc, de Chopart, de Pirogoff, de Guyon, etc., etc., où le chirurgien s'est évertué à faire perdre le moins possible au malade.

La récidive a pu être écartée grâce à certaines précautions de pansement, et je réserve ici une mention toute spéciale à l'eau oxygénée et aux bains d'oxygène; pas de points de suture, ne faire aucune ligature d'artère ou en faire le moins possible, faire de la réunion par seconde intention, c'est éviter par tous les moyens les causes qui pourraient ramener la gangrène dans des tissus tout particulièrement prédisposés au sphacèle.

Les pansements doivent maintenir la plaie à cicatriser dans une douce chaleur.

L'affrontement des lambeaux suffit à rapprocher des lambeaux qui doivent s'unir progressivement et par contact.

A moins de conditions tout à fait spéciales, de gangrènes galopantes et infectieuses, on doit se montrer économe du segment de membre à sacrifier; ce que le malade y gagne vaut toujours la peine d'être obtenu. Ce que nous disons ici s'applique spécialement aux gangrènes dites séniles, et l'on raisonnerait de la même façon pour le membre supérieur. Il faut se montrer encore plus économe à la main qu'au pied du sacrifice à faire au membre gangrené.

En présence d'un sacrifice à faire, disais-je dans une thèse (1) que j'ai inspirée, il faut faire perdre au malade le moins possible, en vertu de cet axiome : que plus l'amputation est basse, moins l'opération est dangereuse, et plus le segment de membre conservé est utile.

Il n'y a aucun inconvénient à tenter une opération économique du pied pour obtenir un résultat aussi remarquable que le mien : le malade marche sans canne, alors que si on l'avait opéré conformément à certaines règles trop absolues, il serait réduit à marcher avec un pilon. En supposant la récidive dans la partie amputée, le mal, somme toute, n'est pas si grand qu'on ne puisse y remédier par une opération plus haute. L'opération que l'on doit tenter n'aggrave pas beaucoup l'état général du malade, le gain à tenter vaut la peine de s'exposer à une nouvelle opération. Il vaut mieux avoir coupé trop bas que d'être réduit à regretter d'avoir coupé trop haut. On en est quitte pour faire subir une nouvelle opération qui, grâce à l'anesthésie, se fait sans trop de dangers et qui, pratiquée dans des conditions rigoureuses d'asepsie, a toutes les chances de succès.

Ce principe en médecine opératoire est encore vrai pour les gangrènes dites séniles qui n'ont pas un caractère essentiellement envahissant et rapide, qui peuvent s'arrêter dans leur marche quand elles sont bien traitées et pour lesquelles on voit presque toujours se former des sillons d'élimination qui marquent un moment d'arrêt dans l'envahissement de la maladie, des plus favorables à l'intervention. Ces principes, avancés par les auteurs de compendiums, sont encore vrais aujourd'hui.

(1) Baqué, Les amputations basses dans les gangrènes par endartérite chronique. *Thèse* de Bordeaux, 1904.

A l'occasion du procès-verbal.

Appendice inclus dans le mésentère, ablation, guérison.

M. Routier. — Le jour même où M. Kirmisson nous apportait ici les pièces si curieuses d'un appendice inclus dans les feuillets du mésentère et ayant déterminé des manifestations purulentes peu communes dans le péritoine, j'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue dans mon service :

Il s'agit d'une jeune femme qui fut amenée au cours d'une crise d'appendicite remontant à cinquante-huit heures environ ; son aspect général n'était pas mauvais ; elle avait 38°7 dans le vagin, et 128 pulsations ; le point de Mac Burney très sensible, la défense musculaire très marquée et très étendue ; comme elle était fort peu affirmative sur l'expulsion des gaz, craignant l'occlusion, je crus devoir intervenir de suite.

L'incision faite, il s'écoula un peu de liquide séreux et mon doigt sentit bien vite le point où devait être l'appendice ; mais celui-ci ne put être saisi ni amené au dehors : je dus extraire tout l'angle iléo-cæcal, et, le renversant en haut, je vis l'appendice maintenu et englobé entre les deux feuillets du mésentère ; on voyait très bien sa coloration qui sur plusieurs points était inquiétante. Je dus pour avoir cet appendice fendre le feuillet du mésentère qui le recouvrait, puis libérer l'appendice ; le reste de l'opération se fit comme de coutume, mais, après section au thermo, je crus prudent de refermer le méso et d'enfouir le moignon.

Par prudence, je drainai et mis une mèche.

Cette malade aujourd'hui guérie quitte mon service ; c'est parmi les très nombreux cas d'appendicectomie que j'ai pratiqués le seul où j'ai trouvé cet organe inclus dans l'épaisseur du mésentère.

Volumineux kyste du mésentère chez un enfant de trois ans ; laparotomie ; marsupialisation de la poche ; guérison avec conservation d'un trajet fistuleux.

M. Kirmisson. — Messieurs, le rapport qui vous a été présenté dans la dernière séance par M. Picqué sur un kyste du mésentère

me fournit l'occasion de vous communiquer un fait de même ordre que j'ai pu observer dans mon service de l'hôpital Trousseau. Il s'agit d'un petit garçon de trois ans, entré à l'hôpital le 12 janvier 1898, pour une énorme tuméfaction de l'abdomen.

Appartenant à des parents bien portants, cet enfant jouit lui-même d'une excellente santé. Mais ses parents ont remarqué, dès la naissance, une tuméfaction dans les régions iliaques, des deux côtés de l'abdomen. L'enfant a toujours eu le ventre volumineux ; mais jamais il ne s'est plaint de douleurs abdominales.

Depuis six semaines, le ventre de l'enfant a considérablement augmenté, mais cela toujours sans douleurs, et sans aucuns troubles digestifs.

L'inspection, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le 12 janvier 1898, nous permet de constater un développement énorme du ventre pour un enfant de cet âge; il mesure 63 centimètres de circonférence un peu au-dessus de l'ombilic.

Ce développement du ventre se manifeste par deux saillies, une beaucoup plus volumineuse, présentant les dimensions d'une tête de fœtus à terme, située à droite dans la région du flanc et jusque sous les fausses côtes, l'autre plus petite du volume d'une orange, située au-dessous de l'ombilic, dans la fosse iliaque gauche.

Le réseau veineux sous-cutané abdominal est un peu développé.

La tumeur droite descend en bas jusqu'à une ligne, passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dedans, elle va jusqu'à la ligne ombilicale; en haut, jusqu'au rebord des fausses côtes droites, sous lesquelles elle s'engage. Elle mesure 16 centimètres dans son diamètre vertical, et 14 centimètres dans le diamètre transversal. Elle est absolument mate à la percussion. La matité se continue sans ligne de démarcation avec celle du foie. Elle est presque immobile, et paraît faire corps avec le foie lui-même. Elle donne nettement la sensation de flot.

La tumeur gauche, beaucoup plus petite, paraît plus superficielle, tellement superficielle qu'on pense à ce moment qu'elle dépend du grand épiploon. Elle occupe la région iliaque gauche, mais elle est très mobile, et semble complètement indépendante de la tumeur droite. Elle est également mate ; on y a, plus difficilement, la sensation de flot. Ces deux tumeurs sont tout à fait indolores. On ne trouve aucune trace de ganglions engorgés dans les diverses régions du corps. Les urines sont normales; elles ne renferment ni albumine, ni pigment biliaire.

Le lendemain de l'entrée du petit malade à l'hôpital, le 13 janvier, je fais dans le grand kyste une ponction avec le gros trocart de l'appareil Dieulafoy. Cette ponction donna issue à un litre et demi d'un liquide jaune verdâtre, analogue à de la purée de len-

tilles sans grumeaux. L'examen de ce liquide fut fait très complètement au point de vue clinique et microscopique par mon interne M. Gesteaux. Il renfermait des hématies, des leucocytes, des globules de graisse et des cristaux de cholestérine. La réaction est franchement alcaline. La densité à 15 degrés est de 10,145. Son résidu solide est de 31 gr. 4 par litre, dont 13 gr. 5 d'albumine, 2 gr. 7 de graisse et de cholestérine; 6 gr. 084 de chlorure de sodium; on y découvre aussi des traces de peptones.

Cette ponction ne fut suivie d'aucune réaction; mais elle nous démontra un fait que nous n'avions pas soupçonné tout d'abord, à savoir que les deux kystes étaient en communication. En effet, en même temps que le grand kyste fut vidé complètement, le petit diminua de volume, et sembla devenir plus profond.

Les jours suivants, le liquide se reforma lentement dans le gros kyste; et, le 3 février, nous notions : Le kyste droit s'est reformé en partie; il est moins volumineux et moins tendu qu'avant la ponction, il est plus mobile, et ne semble plus dépendre du foie. Le samedi 5 février, le malade étant endormi, je pratique la laparotomie sur la ligne médiane à l'aide d'une incision de 10 centimètres de longueur faite moitié au-dessus et moitié au-dessous de l'ombilic. On arrive tout de suite sur l'intestin grêle qui, malgré toutes les précautions prises s'échappe de l'abdomen, et est maintenu enveloppé dans des compresses stérilisées. On va alors, avec l'index recourbé en crochet, à la recherche du petit kyste, qui est situé si bas, un peu à gauche de la ligne médiane, en contact avec la symphyse pubienne, qu'on croirait tout d'abord avoir affaire à la vessie. Cependant on réussit à accrocher la tumeur avec le doigt et à l'attirer dans la plaie. Elle a bien l'apparence d'un kyste arrondi, régulier, enveloppé d'un feuillet mésentérique dans lequel rampent des vaisseaux.

On le ponctionne avec un fin trocart; le liquide qui s'écoule présente les mêmes qualités que celui qui avait été recueilli lors de la précédente ponction. On est frappé de ce fait que la quantité du liquide qui s'écoule est bien supérieure à celle qui pourrait être renfermée dans la petite poche. Il est donc bien évident que la grande poche supérieure se vide à la faveur de la communication existant entre les deux kystes. Dès lors, on réduit l'intestin, ce qui se fait sans difficulté; on incise largement l'enveloppe péritonéale au devant du petit kyste, et on énuclée celui-ci, autant que possible : on se rend compte aisément qu'il communique dans la partie profonde avec la grande poche située en haut au moyen d'un orifice suivant la direction du mésentère. Une grande pince courbe introduite dans cet orifice vient faire saillie dans la région de l'hypochondre droit. On excise de la poche kystique tout ce

qu'on peut; ce qui reste est fixé dans la plaie par marsupialisation, et la paroi abdominale au-dessus et au-dessous du kyste est fermée par un double plan de sutures, suture au catgut sur le péritoine, suture au crin de Florence sur la peau et le tissu cellulaire. Deux drains adossés en canon de fusil double sont introduits dans l'orifice de communication des deux poches, et assurent l'écoulement du liquide.

L'enfant supporta bien l'opération et aucun incident ne vint marquer la guérison. Pendant les premiers temps, le liquide qui s'écoulait présentait des caractères analogues à celui qui avait été fourni par la ponction. Mais, les drains supprimés, il se forma un trajet fistuleux qui donnait issue à un liquide visqueux semblable à du blanc d'œuf. Pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant contracta la scarlatine. En septembre, il fut rendu à sa famille en bon état, mais conservant toujours un trajet fistuleux. Depuis lors, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

L'examen de la portion de la poche réséquée pratiqué par mon chef de laboratoire, M. le Dr Küss montra qu'elle était tapissée d'un endothélium; on n'y trouvait aucun épithélium, aucun élément glandulaire. Ce fait que la tumeur avait été observée dès la naissance l'endothélium qui tapissait sa paroi interne, la nature même du liquide contenu nous conduit à penser qu'il s'agissait ici d'un lymphangiome d'origine congénitale.

Rapport.

Amputation spontanée de l'appendice et greffe péritonéale du segment amputé; brides péritonéales et coudures de l'intestin; occlusion intestinale aiguë par torsion du mésentère un demi-siècle plus tard. Laparotomie, mort, par M. le Dr René Le Fort (de Lille).

Rapport par M. LEJARS.

M. le Dr René Le Fort, chirurgien des hôpitaux de Lille, nous a envoyé une observation fort curieuse et qui soulève plusieurs questions intéressantes. Elle se résume en ces quelques mots : double crise d'appendicite grave, il y a cinquante ans; aucun accident abdominal pendant cette longue période; à l'âge de soixante-douze ans, occlusion intestinale, par coudures multiples de l'intestin, et torsion du mésentère, dues aux brides

émanant de l'ancien foyer péri-cæcal. Au cours de l'intervention, on trouve l'appendice coupé en deux et le bout distal greffé sur le péritoine voisin.

Ces amputations spontanées de l'appendice ne sont pas d'observation exceptionnelle, et les exemples s'en montrent de temps en temps ; d'autre part, les occlusions consécutives à l'appendicite ne sont pas non plus chose nouvelle, et notre collègue des hôpitaux, M. Marion, en particulier, les a bien étudiées. Ce qui est remarquable, dans l'observation de M. René Le Fort, c'est l'époque extrêmement retardée des accidents et le brusque éclat, au bout d'un demi-siècle de trêve, d'un iléus mortel, que l'opération permet de rattacher à une appendicite ancienne, bien démontrée.

L'iléus fut mortel, en effet ; le malade avait soixante-douze ans, l'occlusion datait de quatre jours, lorsqu'il fut transporté et opéré d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille. Le dénouement n'a donc malheureusement rien d'anormal, et nous ne chercherons pas à reprendre, à ce propos, la discussion des indications respectives de la laparotomie et de l'entérostomie d'emblée ; aussi bien, dans le cas présent, l'entérostomie eût-elle dû porter, comme nous allons le voir, sur un segment élevé de l'intestin grêle, et, de plus, elle n'eût pas empêché l'évolution fatale des lésions d'incarcération. La question opératoire est donc ici assez peu importante, et tout l'intérêt se concentre sur les constatations que l'opération a permis de faire.

Donc le malade arrive à l'hôpital dans l'état le plus alarmant, vomissant ou plutôt régurgitant des matières fécaloïdes, en hypothermie, le pouls petit et irrégulier. Il n'y a qu'un ballonnement abdominal moyen, et limité à la région sous-ombilicale ; on ne sent aucune tumeur, aucune zone spécialement douloureuse. C'est la première fois que se produisent des accidents de ce genre ; le vieillard n'a pas souffert du ventre depuis quarante-neuf ans : à cette date (c'était en 1852, et il avait alors vingt-trois ans), il a été atteint, à six mois d'intervalle, de deux crises douloureuses, abdominales, extrêmement violentes, qui l'ont forcé à s'aliter. La suite va montrer que ces crises étaient, en réalité, des crises d'appendicite, avant la lettre.

M. René Le Fort pratique la laparotomie médiane : le cæcum est vide. On incline le patient, et l'on voit apparaître des anses grêles « affaissées et grises ». On déroule l'une d'elles : au bout d'un mètre environ, elle cesse de venir, elle tient et se dirige vers le bassin, en se pliant en canon de fusil. Une large bride en éventail s'insère sur elle ; la bride se bifurque et doit être sectionnée en plusieurs points et disséquée ; d'autres brides en-

serrent et coudent les anses voisines, et l'on reconnaît que tous ces tractus, toutes ces adhérences se dirigent de la fosse iliaque droite au petit bassin. En poursuivant la besogne de libération, on arrive au cæcum, et l'on constate qu'il porte à son extrémité inférieure un petit moignon d'appendice, long d'un centimètre et demi, de volume normal, effilé en pointe et qui paraît bien fermé ; à cinq centimètres de là, le reste de l'appendice, long de 4 centimètres, d'épaisseur normale aussi, fermé à ses deux bouts, entièrement indépendant du moignon cæcal, est enchâssé dans une large bride péritonéale émanant du cæcum. Aucun doute ne saurait subsister : il s'agit d'un vieux, d'un très vieux foyer d'appendicite.

Ce n'est pas tout, l'intestin ne se dilate pas encore. Plus haut, à gauche et en arrière, l'anse aplatie s'engage dans un trou bordé par une bride épaisse, qui paraît formée par le mésentère. Sans insister sur la description que donne M. René Le Fort, disons brièvement qu'il croit avoir affaire à une torsion en masse du mésentère, du type décrit par notre collègue Delbet ; de fait, il saisit en bloc la masse intestinale, la déroule dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre ; au bout d'un tour complet, tout semble remis en place et les anses grêles se distendent. Le ventre est refermé.

Les vomissements cessèrent, mais il n'y eut pas de selles, et l'émission de gaz ne fut pas certaine. Toujours est-il que le malade succombait le lendemain soir.

L'autopsie démontra qu'il n'y avait plus d'obstacle au long de l'intestin. On retrouva le foyer d'adhérences et de brides sectionnées péri-cæcales, étendu de la partie inférieure de la fosse iliaque au petit bassin, et les deux segments appendiculaires, décrits tout à l'heure.

Toutes ces constatations sont trop nettes pour que l'interprétation de ce fait intéressant soit le moins du monde discutable. Nous avons bien là une appendicite datant de 1852, suivie d'une amputation spontanée de l'appendice, et la crise dut, certes, être fort grave, pour avoir laissé derrière elle une pareille abondance de brides et d'adhérences. Il y a lieu, évidemment, d'insister, avec M. René Le Fort, sur la curieuse destinée de ce bout distal de l'appendice, totalement séparé du reste, enclos, à proprement parler, greffé sur le péritoine voisin, et vivant de la sorte, depuis cinquante ans, et l'examen histologique, que le présentateur nous promet, serait d'un réel intérêt.

Mais ce que je tiens à faire ressortir surtout, c'est la date si tardive des accidents d'occlusion. Voilà un malade dont un important segment intestinal, en fait, toute la portion terminale de

l'iléon, est immobilisée par des adhérences depuis cinquante ans, qui n'a jamais souffert du ventre, au moins de façon notable, depuis lors, et chez qui se montrent brusquement, au cours d'une vieillesse avancée, les accidents aigus d'une occlusion nullement « préparée » et rapidement mortelle. Cette occlusion relevait, d'ailleurs, d'un double mécanisme : les coudures multiples déterminées par les brides iléo-pelviennes, la torsion mésentérique ; mais, comme le fait justement remarquer M. René Le Fort, la fixité de l'iléon terminal, due à ces brides et à ces adhérences, a grandement facilité la torsion du reste, mobile, de l'intestin grêle ; et, en somme, c'est à l'ancien foyer appendiculaire que revient toute la pathogénie et toute la responsabilité, si je puis ainsi dire, de l'iléus final. Il y a là un nouvel exemple des dangers lointains, très lointains qui procèdent de l'appendicite non opérée, et un argument de plus, s'il en fallait, en faveur de la nécessité de l'intervention. Je ne veux pas insister sur cette conclusion première.

Ce qui s'est passé ici pour le foyer péri-cæcal se reproduit effectivement, en d'autres régions, et l'on peut observer, sur tous les points de l'abdomen, de ces adhérences, de ces brides anciennes, qui, pendant de longues années, n'accusent leur présence par aucun accident et brusquement se révèlent par l'occlusion tardive. Et c'est là, dans l'histoire de l'iléus, un chapitre fort intéressant et fort obscur.

Communications.

Note sur un cas d'hypospadias,

par M. le professeur AUGUSTE REVERDIN (de Genève).

Le 1er mars 1904 se présente à ma clinique un personnage revêtu d'un costume de paysanne et qui sans ambage nous prie de vouloir bien lui dire s'il est homme ou femme.

Pendant que le sujet monte sur la table d'examen, je fais remarquer aux assistants la bizarrerie de ses allures, sa haute stature et ses gestes étranges.

« Cela ferait un beau cuirassier, » concluai-je. — Issu d'un mariage entre cousins germains il a été inscrit comme fille à sa naissance et élevé comme telle.

Son père âgé de soixante-huit ans vit encore, c'est un robuste montagnard. Sa mère est morte en couches à l'âge de quarante-deux ans après avoir mis au monde huit enfants : quatre frères et quatre sœurs. L'un des frères est mort à deux mois, un autre est atteint de strabisme. Quant à notre consultant, il a toujours joui d'une excellente santé, est doué d'une force musculaire peu ordinaire et vient d'atteindre sa trente-deuxième année. Les règles ne se sont jamais établies chez lui, mais à l'âge de seize ans il dit avoir remarqué un certain degré d'induration et de gonflement de son sein gauche, qui resta quelque temps douloureux. Aujourd' hui il n'y paraît plus ; il a même les seins fort peu développés pour un homme. — Il raconte qu'élevé avec les filles du village il avait comme elles un certain penchant pour les jeunes gars, mais que vers l'âge de dix-huit ans il se sentit enclin à admirer le beau sexe. Ayant eu l'occasion facile d'ailleurs pour lui de partager la couche de quelqu'une de ses compagnes, il tenta d'avoir avec elle des rapports sexuels, rapports fatalement incomplets étant donné son vice de conformation, mais suffisants pour faire naître en son esprit un doute pénible relativement à la réalité du sexe qu'on lui avait attribué.

Il alla consulter le médecin du pays, homme instruit, qui reconnut aisément l'erreur commise et lui en fit part. C'est alors qu'il vint à moi pour se faire confirmer la chose et demander s'il n'y aurait pas moyen de le rendre plus complètement..... *l'un ou l'autre* !

La photographie que je vous présente donne bien les contours généraux d'un corps d'homme: épaules larges, bassin haut, hanches peu saillantes, jambes droites, bras également rectilignes, c'est-à-dire ne présentant pas le valgus du coude qu'on rencontre toujours plus ou moins prononcé chez la femme et sur lequel on n'attire pas assez souvent l'attention. Le système pileux est peu développé, à part au pubis qui est assez velu; on ne trouve que peu de poils sur le reste du corps. Les joues sont glabres ; il est vrai que le sujet les épile soigneusement; on ne constate qu'un léger duvet à la lèvre supérieure.

Quant aux cheveux, ils sont fins, peu abondants, assez courts et tressés en une petite natte.

La voix est bizarre, en l'entendant on ne saurait à vrai dire si elle appartient à un homme ou à une femme. Elle est forte, bien timbrée, mais il est malaisé de la classer. Le chant lui-même ne permet pas de poser un diagnostic ferme.

Quant aux parties génitales, elles sont constituées par un pénis de très petit volume, tel celui d'un enfant de cinq ou six ans. Le prépuce qui le recouvre en partie se divise vers le bas et va se

confondre avec des replis muco-cutanés qui simulent à s'y méprendre des petites lèvres. A droite et à gauche les testicules sont recouverts par un scrotum divisé sur la ligne médiane et qui représente tout à fait les grandes lèvres, surtout lorsqu'on refoule les testicules vers les aines, comme il est fort aisé de le faire.

Dans ces conditions on se croirait aisément en présence d'une vulve surmontée d'un volumineux clitoris.

Lorsqu'on écarte les parties on découvre une muqueuse rose qui se prolonge dans l'infundibulum de 3 à 4 centimètres, au fond duquel on découvre l'orifice vésical. Il n'est guère facile d'y introduire une sonde sans l'aide d'une valve ou d'un écarteur quelconque.

L'urine n'est pas projetée au loin, elle sort un peu difficilement en bavant, retenue qu'elle est par la paroi inférieure de l'infundibulum. Nous avons pu examiner un peu de liquide provenant d'une soi-disant éjaculation, mais n'avons pas réussi à y découvrir de spermatozoïdes. Les testicules cependant paraissent fort bien constitués, le droit surtout, dont on sent nettement l'épididyme, et qui est de volume normal tandis que la gauche est resté un peu plus petit quoique également de bonne forme et consistance.

Malgré les imperfections sexuelles que nous venons de décrire, le désir vénérien n'est pas aboli et pousse tout naturellement le sujet à la masturbation. Il ne paraît pas en abuser et déclare même que si c'est tout l'espoir qui lui reste, il préfère être débarrassé de ses testicules tentateurs !

Nous ne pensons pas devoir accéder à cette demande de mutilation ; la seule raison qui pourrait la faire accepter serait une certaine tendance au développement d'une hernie inguinale qu'on constate du côté droit, et dont la cure radicale serait rendue peut-être plus facile et meilleure par l'ablation du testicule.

Il nous demande encore s'il ne serait pas possible de modifier son canal urinaire. Il ne nous paraît pas difficile, étant donné le volume des parties sur lesquelles porterait l'intervention et l'abondance des tissus dont on dispose, de fermer le canal dans toute sa longueur; le seul point délicat serait son abouchement au col de la vessie, très profondément situé au fond de l'infundibulum que nous avons décrit. Mais en fendant la paroi périnéale de celui-ci, on faciliterait sensiblement ce dernier temps de l'opération.

Reste à savoir quel urètre on parviendrait à reconstituer, et c'est sur ce point que je serais heureux d'entendre les avis autorisés des cliniciens distingués auxquels je m'adresse.

Obtiendrait-on quelque chose de mieux qu'un canal flasque et sans résistance, dans lequel l'urine risquerait de stagner, et qui

procurerait plutôt les inconvénients d'une pseudo-incontinence que de réels avantages.

C'est pour cela que je suis disposé à engager le pauvre infirme à ne pas se soumettre à des opérations sinon dangereuses, tout au moins inutiles, et à conserver ses testicules et... son costume de femme.

En résumé, nous avons là un bel exemple d'hypospadias fort étendu, puisque le défaut de soudure de l'urètre commence au gland pour se prolonger jusqu'au col de la vessie.

M. F. Legueu. — J'ai écouté avec d'autant plus d'attention l'intéressante communication de M. Reverdin, que j'ai en ce moment en traitement deux malades qui sont à peu près dans les conditions de celui dont on vient de nous parler.

Il s'agit de deux individus qui, au mois d'octobre dernier, furent amenés à Necker habillés en femme. C'étaient deux sœurs : l'une avait seize ans, l'autre quatorze ans. Depuis quelque temps, ces personnes et leur famille s'étaient aperçues qu'elles n'étaient pas absolument normales.

Et, en effet, en les examinant, il était facile de voir que ces femmes étaient des hypospades, avec un orifice périnéal, une verge fortement inclinée et deux testicules.

Je les opérai par le procédé de Nové-Josserand : ils sont actuellement dans de très bonnes conditions, et je pense un jour pouvoir les montrer ici dans un état très présentable.

M. Demoulin. — J'ai le souvenir très précis d'un *cas de pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal*, presque analogue à celui dont M. le professeur Aug. Reverdin vient de nous entretenir.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, L. F..., déclaré à l'état civil comme fille, et qui fut hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, au mois de novembre 1894, dans le service du professeur Duplay dont j'étais alors le chef de clinique. C'est plus à mon cher maître qu'à moi, qu'appartient l'observation que je vais rapporter, mais comme il m'avait donné l'autorisation de la publier, je crois pouvoir vous en entretenir, et je le ferai avec d'autant plus de plaisir que M. Duplay obtint un succès des plus remarquables pour la cure de cet hypospadias, par sa méthode de la suture enchevillée.

F... raconte que, dans sa première enfance, il préférait, bien qu'il fut considéré comme une fille, les jeux des garçons, le cerf-volant, les billes, le cheval mécanique ; qu'à sept ou huit ans il commença à se masturber, soit seul, soit de préférence en com-

pagnie des petites filles ses compagnes, mais que ces manœuvres ne lui produisaient aucun plaisir.

A quinze ans, F... était mis en apprentissage chez une blanchisseuse. A cette époque, la masturbation solitaire lui donnant quelque satisfaction, et sa verge s'étant un peu développée, sans savoir encore qu'il était un homme, il essaya d'introduire son pénis rudimentaire dans le vagin d'une apprentie qui lui était particulièrement sympathique. Bien entendu, il n'y réussit pas, mais ses tentatives lui procurèrent de l'agrément. Il n'y eut jamais d'éjaculation. Ces faits m'ont paru utiles à rappeler pour montrer les tendances de F..., au point de vue sexuel.

A seize ans et demi, F... vit apparaître, dans l'aine gauche, une petite grosseur qu'il crut être une hernie. Un médecin consulté dit qu'il s'agissait d'un testicule en migration, et déclara à la pseudo-fille qu'elle était un garçon. F... depuis cette époque a quitté ses habits de femme, et s'il vient à l'Hôtel-Dieu, c'est pour savoir s'il ne serait pas possible, puisqu'il est un homme, de lui « faire quelque chose » pour rendre ses organes génitaux plus conformes à ceux de ses semblables, et si on ne pourrait pas lui pratiquer une opération qui lui éviterait l'ennui de retirer son pantalon et de s'accroupir pour uriner.

F... de taille moyenne, un peu maigre, ne présente aucun des attributs du sexe féminin, ses seins ne sont pas développés; sa voix est grêle, c'est celle d'un enfant, il est peu intelligent.

— Si on se place en face de F... couché, les membres inférieurs légèrement fléchis et écartés, après avoir remarqué que le pubis est pourvu de poils nombreux, si on examine les organes génitaux on a l'impression qu'on se trouve en présence d'une fille dont le clitoris aurait un développement exagéré. Au-dessous de ce clitoris se voit une fente rosée, longue de 5 à 6 centimètres, bordée de chaque côté par deux replis, l'un externe volumineux qui ressemble absolument à une grande lèvre, l'autre situé à la face interne du premier, mince, s'étendant des parties latérales du clitoris jusqu'à la partie inférieure de la fente rosée et qui simule une petite lèvre descendant plus bas qu'à l'état normal, se rejoignant sur la ligne médiane avec celle du côté opposé, formant avec elle une commissure qui se confond avec celle des grandes lèvres. Les petites lèvres ont une face externe cutanée, une face interne d'apparence muqueuse. La fourchette vulvaire est située à environ 4 centimètres en avant de l'anus. La grande lèvre droite ne présente rien d'anormal, la gauche présente à son extrémité supérieure une tuméfaction du volume d'une petite noix, qui fait penser à une hernie inguinale. La palpation permet de reconnaître que cette tuméfaction est constituée par un testicule, peu sensible

à la pression, où il est possible de reconnaître la glande séminale proprement dite et l'épididyme.

En examinant le clitoris fortement infléchi par en bas, en le soulevant, on voit que sa face dorsale, recouverte d'un capuchon cutané trop lâche, mesure environ 4 centimètres de longueur. On observe, à l'extrémité terminale de ce clitoris, un gland, long d'environ 1 centimètre, creusé en gouttière sur sa face inférieure. La face inférieure du clitoris est beaucoup moins longue, peu accessible. De la base du gland, part, en effet, une bride médiane peu développée (j'insiste sur ce point), longue d'environ 2 centimètres, et qui va se perdre sur le fond de la gouttière rosée déjà signalée, à sa partie supérieure; mais elle n'arrive pas jusqu'à l'orifice de l'urètre, dont nous allons préciser la situation dans un moment. Cette bride est comprise entre deux minces replis cutanés qui naissent de la face inférieure du clitoris de chaque côté et en arrière de la gouttière médiane du gland, sont la continuation du capuchon du clitoris et constituent, en descendant vers la commissure vulvaire, les pseudo petites lèvres.

Le clitoris étant toujours relevé et, de plus, les petites lèvres étant écartées et tendues en dehors, on voit mieux encore qu'elles sont la continuation du capuchon clitoridien, et elles prennent la forme d'un triangle, dont le bord supérieur s'insère sur la face inférieure du clitoris, dont le bord postérieur se confond avec les grandes lèvres dans toute leur longueur, et dont le bord antérieur, libre, s'étend de la base du gland à la commissure vulvaire. Ces petites lèvres sont, je l'ai dit, recouvertes de peau sur leur face externe et offrent une teinte rosée sur leur face interne. De leur écartement résulte un infundibulum à revêtement, d'apparence muqueuse, s'étendant de la base du gland à la commissure inférieure de la vulve, haut de 6 à 7 centimètres (après le relèvement du clitoris), large de 4 centimètres dans son plus grand diamètre qui correspond à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs des petites lèvres; cet infundibulum, peu accusé en haut, présente, en bas, une profondeur d'environ 2 centimètres et demi. Au fond de cette dépression, fort analogue à un vagin rudimentaire, à 2 centimètres environ au-dessus de la commissure vulvaire, s'ouvre l'urètre dont la muqueuse se continue, sans ligne de démarcation, avec le revêtement de l'infundibulum, et qui admet facilement une sonde de trousse. Je rappelle encore que la bride qui va de la base du gland au fond de l'infundibulum est peu développée, qu'elle n'existe qu'à la partie supérieure de cet infundibulum dans sa portion la moins profonde, et qu'elle n'atteint pas l'orifice urétral.

Quand les petites lèvres sont écartées, on a l'impression qu'on

est en présence d'une femme; quand elles sont rapprochées de même que les grandes lèvres, de façon à faire disparaître la fente vulvaire, quand le clitoris est aussi relevé que possible, on croit être en face d'un homme.

En réalité, le clitoris est une verge rudimentaire, les petites lèvres sont des replis préputiaux, les grandes lèvres sont les deux moitiés du scrotum. Nous nous trouvons en présence d'un pseudo hermaphrodite par hypospadias périnéo-scrotal.

Le professeur Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, rapporte deux cas qui se rapprochent, eux aussi, beaucoup de l'observation de M. Reverdin et de celle que je viens de rapporter, mais, dans les deux cas de Pozzi, la bride sous-pénienne sur laquelle a tant insisté Bouisson et qui n'est que le vestige de la portion absente de l'urètre, était très développée et s'étendait jusqu'à l'orifice urétral.

M. Reverdin nous demandait, il y a un instant, s'il devait opérer l'hypospade dont il vient de nous entretenir. Je n'oserais pas lui donner un conseil, mais je tiens à rappeler que le professeur Duplay, en appliquant à son malade son excellent procédé de cure de l'hypospadias, a pu lui refaire une petite verge qui ne donne plus l'impression d'un clitoris même hypertrophié, lui reconstituer un urètre complet qui fonctionnait très bien à la sortie du malade de l'Hôtel-Dieu ; je veux dire que F... urinait avec un jet convenable ayant assez de force pour que ses vêtements ne fussent pas souillés, et qu'une fois la miction terminée, l'opéré n'avait point sa chemise mouillée par les gouttes d'urine qui s'écoulent, involontairement, chez ceux qui ont l'urètre mal calibré.

J'ajoute que F... affirmait à sa sortie qu'il avait des érections voluptueuses, non suivies, toutefois, d'éjaculation.

M. Demoulin. Voici trois moulages de Jumelin, à l'appui de cette observation de pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal.

Le premier montre l'aspect des organes génitaux externes, le malade étant couché, les jambes écartées.

Le second, avec le clitoris relevé et les petites lèvres écartées, fait voir l'infundibulum au fond duquel s'ouvre l'urètre. On croirait être en présence d'une femme avec un clitoris hypertrophié et un vagin rudimentaire.

Le troisième, avec le clitoris relevé encore, mais avec les grandes et les petites lèvres rapprochées de façon à faire disparaître la fente vulvaire, donne l'impression qu'on est en présence d'un homme avec une verge rudimentaire, un scrotum avec un raphé

très accusé ne contenant qu'un testicule, le gauche, qui n'a pas atteint le fond de la bourse correspondante.

M. Tuffier. — La reconstitution d'un nouveau canal chez les hypospades n'est pas le point difficile du traitement. On arrive assez facilement à faire la position balanique pénienne et même scrotale de l'urètre ; mais la grosse difficulté, c'est *d'unir le nouveau canal, le canal artificiel, à l'ancien canal ou canal naturel.* Il reste presque toujours à ce niveau une fistule qui nécessite souvent pour sa guérison plus d'interventions opératoires que toutes les autoplasties précédentes ; elle est d'une ténacité désespérante ; c'est pour cela que l'observation rapportée par M. Demoulin est intéressante, puisque le professeur Duplay a pu dans la même séance reconstituer l'urètre scrotal et éviter la fistule. Ce résultat démontre bien la haute efficacité de sa méthode.

Cette région où s'unissent le canal naturel et le canal artificiel joue un rôle également important dans l'avenir des opérés. J'ai vu deux fois à ce niveau des *rétrécissements* de l'urètre nécessitant un long traitement. D'ailleurs, ce qui me paraît le plus intéressant actuellement dans cette question, c'est l'état à longue échéance de nos opérés, et à cet égard, le procédé de Von Hocker est particulièrement précieux.

M. Pozzi. — Je crois qu'il est indiqué dans ce cas, comme dans tous les cas analogues d'hypospadias périnéo-scrotal, de reconstituer le canal au-dessous de la verge où il est absent.

L'opération doit comprendre plusieurs temps : 1° On commencera, si cela est nécessaire, par le redressement de la verge par section de la bride qui la courbe plus ou moins ; 2° réfection du canal de l'urètre ; 3° réfection du méat ; 4° en dernier lieu, oblitération de l'orifice vésical primitif ; on aura soin de maintenir le cathétérisme à demeure, jusqu'à la cicatrisation de cet orifice.

Les procédés plastiques de Duplay ou de Thiersh peuvent être employés ; je préférerais le second, dans ce cas-ci. Il vient de me donner un beau succès, récemment encore.

Il existe, chez le sujet de M. Reverdin, une particularité un peu exceptionnelle, c'est l'ouverture du méat anormal au fond d'une sorte de cul-de-sac. Mais cela ne me paraît pas devoir modifier l'indication opératoire, ni altérer notablement la technique.

M. Walther. — La très intéressante observation de M. Reverdin semble bien avoir trait à un homme. La présence de l'épididyme, constatée nettement par M. Reverdin au-dessus du testicule, lève tous les doutes, car la seule constatation d'un corps

ovoïde ressemblant au testicule ne suffit pas à établir avec certitude le sexe. Je vous ai présenté il y a plus d'un an, vous vous le rappelez, un hermaphrodite qui offrait une disposition telle que la plupart de nos collègues ont pensé qu'il s'agissait bien d'un hypospade, et la cure radicale des hernies qui accompagnaient cette malformation me montra que ces corps sentis sur les parties latérales étaient les ovaires.

Peut-être, puisqu'il y a ici élargissement du canal inguinal, M. Reverdin pourrait-il commencer par faire une double cure radicale pour s'assurer *de visu* de l'existence des testicules.

Pour ce qui est de la correction de la difformité urétrale, je crois qu'il faut opérer. J'ai vu chez mon maître, M. Duplay, des hypospades avec orifice urétral très loin situé au fond d'un infundibulum périnéal, et chez lesquels l'opération donna les meilleurs résultats. Je vous ai présenté, il y a quelques années, un jeune garçon que j'ai opéré dans ces conditions, avec méat très profond précédé d'un infundibulum périnéal, et dont l'urètre fonctionne bien aujourd'hui. Et puisque, nous dit M. Reverdin, il est facile de fendre la paroi inférieure de cet infundibulum périnéal, je crois que la réparation peut se faire dans de bonnes conditions.

M. Carlier (de Lille). — J'ai observé et opéré deux sujets qui étaient atteints de la variété d'hypospadias vulvaire dont vient de nous entretenir M. A. Reverdin. Le premier a été opéré à l'âge de dix-huit ans; il avait porté jusqu'alors des vêtements de fille. C'était un type d'hypospadias vulvaire; le pénis était court, le système pileux très développé, et chaque pseudo-grande lèvre renfermait un testicule de volume normal. Après avoir redressé la verge, je reconstituai le canal par le procédé à lambeau. J'ai revu depuis lors ce malade qui a été accepté au conseil de revision sans qu'on se soit aperçu de son ancienne malformation. La miction et l'éjaculation se font chez lui très normalement.

Le second sujet est un enfant de huit ans. Ici, j'ai reconstitué le canal par une greffe suivant le procédé de Nové-Josserand, ce qui dispense d'avoir à s'occuper de la réfection de l'urètre balanique; n'était une toute petite fistulette due à la suppuration d'un fil, le résultat est excellent.

La malformation du malade de M. A. Reverdin ressemble tellement à celle de mes deux opérés que je n'hésiterais pas à opérer le malade de notre distingué collègue.

Gueule-de-loup et bec-de-lièvre double chez un homme de vingt-cinq ans,

par M. le professeur AUGUSTE REVERDIN (de Genève).

Le 15 novembre 1903, se présentait à ma clinique un grand et vigoureux jeune homme de vingt-cinq ans, d'origine italienne, quoique né dans le canton du Valais.

Son père et sa mère, quoique fort âgés, jouissent encore d'une bonne santé. Sur huit enfants, deux présentèrent : l'un le bec-de-liévre simple, l'autre (notre malade) des lésions plus graves : division palatine complète et bec-de-lièvre double. La fissure palatine s'étend de la luette à l'os incisif y compris. Absolument complète, par conséquent, elle mesure 7 cent. 1/2 de long, 2 centimètres de large au niveau du bord postérieur du palais dur, et 2 cent. 5 au niveau de la base de la luette divisée. Il est facile de prévoir la difficulté qu'il y aura à fermer cette énorme division en une seule séance. Aussi je songeai à m'occuper surtout de la réfection du palais mou, et d'une portion aussi importante que possible du palais dur.

J'enlevai la grosse incisive gauche déviée, qui ne peut que gêner la restauration. Une désinfection soignée du nez et de la bouche ayant été instituée pendant plusieurs jours, nous procédons à l'opération le 18 novembre 1903. Le décollement du palais chez l'adulte présentant parfois quelque difficulté, j'imaginai de faciliter ce temps de l'opération en usant d'une autre force que celle de la rugine seule. Il me parut que si l'on parvenait à injecter une certaine quantité de gaz ou de liquide entre les parties molles et l'os, on rendrait le décollement plus facile. A cet effet, je plantai au niveau de la seconde grosse molaire gauche, à 4 millimètres environ au-dessous du bord de la gencive, une forte aiguille tubulée, et y ajustai une excellente seringue pourvue d'un piston hermétique, progressant lentement et sûrement au moyen d'un pas de vis. Le liquide injecté (solution de Schleich, cocaïne à 1/1000) pénétra tout d'abord difficilement, mais peu à peu il se produisit un certain degré de décollement, la muqueuse pâlit en se soulevant et le liquide s'infiltra plus aisément. En défalquant ce qui a pu se perdre, j'estime avoir injecté environ 2 à 3 centimètres cubes de liquide, peut-être moins.

Je pratiquai alors le décollement du lambeau palatin, et fus surpris de la facilité *relative* que j'éprouvai à mener à bien l'opération.

Passant au côté droit, j'opérai, sans injection préalable. Le

décollement fut notablement plus difficile et la douleur beaucoup plus vive que du côté injecté.

J'ai pu me convaincre par cette expérience comparative de l'avantage fourni par l'injection anesthésiante et décollante, et me propose bien de la répéter à la prochaine occasion.

J'ajouterai qu'il m'a paru que l'écoulement de sang était notablement moindre du côté injecté.

Chez les enfants, cet avantage serait à prendre en considération.

Le reste de l'opération ne présenta rien de particulier. J'avivai les bords des lambeaux en portant le bistouri obliquement, de façon à séparer en quelque sorte la muqueuse palatine de la muqueuse nasale, ce qui permet de mettre en contact les plus larges surfaces possible. Pour la suture, j'eus recours à ma nouvelle *aiguille palatine*, laquelle me donna pleine satisfaction. Lorsque j'arrivai à 2 centimètres environ de l'extrémité antérieure de la division, je jugeai prudent d'arrêter la suture, car, comme je l'ai dit, la longueur de la fissure, ainsi que sa largeur, étaient considérables, et les lambeaux, par conséquent, de dimensions proportionnées, risquaient de se sphacéler par la suite si je prolongeais outre mesure leur décollement en avant. Je préférai donc m'en tenir là, quitte à corriger plus tard ce que l'opération laissait à désirer. Le malade n'a pas bronché pendant toute la durée de l'opération; il remonte à pied dans sa chambre. Les jours suivants, il prend fort peu de nourriture, reste assis, calme et silencieux. Il ne veut pas avoir souffert pour rien, et fait tout pour favoriser sa guérison.

Les suturesau fil de lin, au nombre de 12, sont toutes enlevées le quatrième jour.

La ligne de réunion a bonne apparence; mais vers le septième jour elle cède en avant sur 1/2 centimètre environ. Ce qui fait que le résultat définitif, excellent pour toute la portion postérieure du palais, est insuffisant sur une longueur de 2 centimètres et demi en avant.

Ce vide est momentanément comblé par une pièce de prothèse en caoutchouc, qui porte deux incisives et réparer aussi bien que faire se peut ce qui manque.

Nous verrons plus tard à réparer si le besoin s'en fait sentir l'imperfection du résultat; mais au point de vue de la phonation cette perte de substance n'a aucune importance, étant donné l'exacte occlusion qu'assure l'appareil.

Le 10 *décembre* nous passons à la restauration de la lèvre; sa division, quoique double et complète, se présente en somme dans de bonnes conditions.

Le lobule médian est épais, large et suffisamment long pour nous permettre d'espérer un résultat satisfaisant.

Après avoir libéré les narines par une incision passant dans le sillon naso-labial, et avoir avivé leurs bords internes, nous les attirons vers la ligne médiane et les fixons au moyen de sutures afin de diminuer leur ouverture qui est, comme toujours, dans les cas de ce genre, plus ou moins exagérée.

Le pourtour du lobule médian est ensuite avivé par l'abrasion de la muqueuse sur toute sa périphérie. Puis je détache à droite comme à gauche deux lambeaux très épais à base inférieure ; ils représentent le côté externe des fissures labiales. L'incision passe exactement en dehors de leur bord muqueux.

Ces lambeaux abaissés l'un vers l'autre sur la ligne médiane sont suturés à la partie inférieure du lobule médian avivé, comme nous l'avons dit.

Il ne reste plus qu'à suturer le bord vertical des lèvres aux bords verticaux du lobule.

Le catgut est utilisé comme sutures perdues et le crin de Florence pour les sutures superficielles.

La réunion se fait vite et bien et le sixième jour une simple bandelette de sparadrap soutient seule les lignes de réunion en rapprochant les joues l'une de l'autre.

Le résultat est bon comme le prouve la photographie, et le malade rentre chez lui heureux de sa transformation et récompensé de son courage. Il a voulu subir sans anesthésie la seconde comme la première opération, déclarant qu'il ne broncherait pas.

Il a tenu parole !

La phonation défectueuse qu'entraînent fatalement des lésions aussi étendues que celles que nous avions à corriger est une des principales causes qui décident les patients à demander secours à la chirurgie ; aussi m'a-t-il paru intéressant de fixer d'une façon durable la manière dont notre malade s'exprimait avant et après l'opération.

Dans ce but je l'ai fait parler devant un phonographe afin d'en registrer sur un cylindre *ad hoc* la valeur exacte de son pouvoir phonateur.

Un mois après la seconde opération, je lui ai fait répéter la même phrase, devant le même appareil enregistreur, et il est intéressant de constater l'énorme progrès réalisé. Dans quelque temps nous ferons une troisième épreuve. Ce moyen de contrôle me paraît digne d'être utilisé, puisqu'il est en quelque sorte le complément des résultats obtenus par les moulages et photographies.

A propos de la palatoplastie,

par M. EHRMANN

Je ne viens pas rééditer ici le mémoire sur la palatoplastie en deux temps (1) que j'ai communiqué à l'Académie de Médecine en 1901. Aussi bien la technique de J. Wolff est-elle aujourd'hui suffisamment connue. J'aurai seulement l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie quelques réflexions à propos du plaidoyer, très habilement conçu, que M. Broca a développé, dans une précédente séance, en faveur de la palatoplastie en un temps.

M. Broca n'a pas expérimenté lui-même le procédé en deux temps. Mais, de ce que dans nos séries respectives que l'âge rend comparables le pourcentage de mes succès plastiques ne se montre pas supérieur au sien, il conclut que ce procédé ne constitue pas, à vrai dire, une amélioration de technique. Et de fait, 70 p. 100 de guérisons d'emblée, 28 p. 100 de guérisons avec retouches faites ou retouches possibles, deux seuls insuccès définitifs, pour sa série n° 2 de 70 malades opérés depuis 1895, c'est l'équivalent, aux deux insuccès près, de ce que me donne pour les catégories où je l'applique le procédé en deux temps.

L'argument, à première vue, paraît sans réplique.

Mais M. Broca voudra bien me permettre de lui rappeler que, précisément pour les malades qu'il met en regard, ceux de six à douze ans, nos points de repère ne sont nullement égaux, car j'ai eu soin de spécifier que l'opération en deux temps n'a jamais eu, à mes yeux, les attributs d'une méthode générale, qu'à partir de six ans, je ne l'utilise plus qu'à titre exceptionnel, quand certaines conditions de santé ou de dispositions locales rendent le cas scabreux ou difficile; et je ne crains pas de trop m'avancer, en préjugeant que si je l'avais appliquée d'une manière courante à tous les autres cas du même âge, mon pourcentage eût bénéficié d'une forte majoration. En effet, les différences relevées par mes tableaux entre les résultats de l'un et de l'autre procédé sont bien loin d'atteindre, pour le groupe de six à douze ans, les écarts qui s'accusent dans les groupes plus jeunes.

On en jugera par les chiffres suivants que je reproduis d'après mon mémoire.

(1) J. Ehrmann. Considérations sur la palatoplastie en deux temps dans les divisions congénitales du palais (*Bulletin de l'Acaнémie de médecine*, 1901; n° 33.)

Sujets de moins de deux ans. — Opération en un temps (10 opérés), guérisons d'emblée 20 p. 100; guérisons après opérations complémentaires 40 p. 100; morts 20 p. 100; insuccès 20 p. 100.

Opération en deux temps (8 opérés), guérisons d'emblée 62,5 p. 100, guérisons après opérations complémentaires 25 p. 100; mort 0; insuccès, 12,5 p. 100.

Sujets de deux à cinq ans. — Opération en un temps (24 opérés), guérisons d'emblée, 37,5 p. 100; guérisons après opérations complémentaires 45,8 p. 100; morts 8,4 p. 100 (2 décès par croup intercurrent); insuccès 4,2 p. 100; fistule latérale 4,2 p. 100.

Opération en deux temps (17 opérés), guérisons d'emblée 70,4 p. 100; guérisons après opération, complémentaire, 29,6 p. 100; mort 0; insuccès 0.

Sujets de six à douze ans. — Opération en un temps (28 opérés), guérisons d'emblée 57,1 p. 100; guérisons après opérations complémentaires 35,7 p. 100; morts 3,6 p. 100; insuccès 3,6 p. 100.

Opération en deux temps (10 opérés), guérisons d'emblée 70 p. 100; guérisons après opérations complémentaires 30 p. 100; mort 0; insuccès 0.

Le fait que d'autres chirurgiens ont pu, aux âges correspondants, réussir aussi bien par l'opération en un temps, n'infirme pas nécessairement les déductions que je formule ici. Tous nous savons combien il est délicat de mettre en parallèle des résultats que le degré variable des lésions ne rend pas tout à fait similaires. Ce n'est que de l'analyse des faits particuliers que les statistiques comparatives tirent une réelle valeur, et cette condition n'est guère réalisable, ne l'est rigoureusement, que pour des séries qui émanent d'un même chirurgien.

C'est cette observation, méthodiquement poursuivie depuis 1892, qui m'a démontré que, tant au point de vue de la bénignité plus grande des suites opératoires, qu'à celui de la répression plus simple des hémorragies retardées ou secondaires, de la rareté devenue exceptionnelle des suppurations, de la correction plus parfaite enfin du résultat définitif, le procédé en deux temps comporte pour tous les cas où un surcroît de précautions paraît être de mise, un avantage indéniable. Ces cas sont : 1° les enfants jeunes, que leur indocilité rend plus réfractaires aux soins consécutifs, et dont les tissus fragiles ne peuvent que gagner à leur vascularisation, — j'ai adopté comme limite la fin de la cinquième année, mais il est évident qu'on peut l'abaisser, suivant les cas, — 2° au-dessus de cet âge, les sujets de complexion délicate, à muqueuse palatine particulièrement mince; puis les cas extrêmes, ceux où les parois de la fissure ne fournissent que tout juste les matériaux du volet obturateur.

Les résultats que m'ont procurés à nouveau, depuis ma publi-

cation de 1901, 20 opérations en deux temps, 11 opérations en un temps, n'ont fait que corroborer pour moi cette manière de voir (1).

En proclamant la grande simplicité de la technique uranoplastique, M. Broca comme M. Sebileau me semblent avoir un peu forcé peut-être la note optimiste. Il est hors de conteste que, pour qui en a l'habitude, cette opération, entre toutes bien réglée, n'est pas à classer parmi les difficiles. Encore y a-t-il, au terme final, palatoplastie... et palatoplastie. Il ne suffit pas que l'intervention ait réussi à combler la béance congénitale; il importe que le résultat soit acquis sans détriment pour la souplesse des parties contractiles, que la réparation en un mot ait été correctement effectuée. Je suis loin de nier qu'on n'y puisse arriver le plus souvent par le procédé classique. J'ai rencontré pourtant, au cours de ma carrière, maintes palatoplasties signées de chirurgiens de grande marque, qui révélaient à l'œil inquisiteur des cicatrices irrégulières, des voiles asymétriques, des luettes difformes. C'est dire que la chose n'est pas toujours aussi simple qu'il pourrait le

(1) Ces opérations se décomposent ainsi :

1° Opérations en deux temps.

3	opérations	à 2 ans (1 division unilatérale et 2 postérieures).
5	—	à 4 ans et 4 ans et demi (1 division bilatérale complète, 3 unilatérales, 1 moyenne).
1	—	à 5 ans (division postérieure).
4	—	à 6 et 7 ans (grandes divisions bilatérales).
1	—	à 14 ans (division unilatérale, très large).
2	—	à 22 et 23 ans (1 grande division unilatérale complète, et 1 perforation circulaire congénitale du voile, à bords très minces.)

Quatre cas ne rentrant pas dans les indications habituelles du procédé en deux temps, mais faites à la demande de collègues, pour démontrer cette technique.

1	opération	à 6 ans (division postérieure).
1	—	à 9 ans (division unilatérale).
1	—	à 17 ans (division bilatérale).
1	—	à 24 ans (division moyenne).
20	opérations.	

2° Opérations en un temps.

1	opération	à 5 ans (division moyenne).
2	—	à 6 et à 13 ans (divisions simples du voile).
3	—	à 9, 10 et 12 ans (2 divisions unilatérales et 1 moyenne).
2	—	à 16 ans (2 divisions unilatérales).
1	—	à 20 ans (division simple du voile).
2	—	à 22 et 25 ans (1 division moyenne, 1 postérieure).
11	opérations.	

sembler, et de là l'obligation pour l'opérateur de ne rien négliger qui puisse l'aider à parfaire son objectif, la restauration des organes sous leur forme la plus normale possible.

Je rends hommage à la grande habileté de ceux de nos collègues qui s'occupent ici avec prédilection de plastique palatine. Mais on m'accordera que chacun ne possède pas cette maîtrise, et dès lors j'ai conscience d'être utile, en préconisant une méthode qui permet à tous d'obtenir les succès qui, pour les cas difficiles, restaient un peu l'apanage de quelques spécialistes privilégiés.

J'aborde maintenant la question si controversée de l'âge le plus propice à la cure de ces malformations.

M. Broca, invoquant comme argument capital *la gravité opératoire* — il ne vise pas ici le défaut d'éducabilité —, assigne pour limite inférieure à l'intervention, les environs de quatre ans. Il se base pour cela sur les relevés de mortalité issus de la statistique de J. Wolff (1) et de la mienne, lesquels mis en regard de ses propres résultats, laisseraient à ceux-ci — qui ne partent guère que de quatre et cinq ans — une incontestable supériorité. Voici les chiffres :

Broca, 120 opérations, faites sur 100 malades, avec 1 seul décès chez une fille de sept ans (broncho-pneumonie), soit 0.83 p. 100.

J. Wolff, 311 malades, avec 14 décès, qui incombent tous à la catégorie de un mois à six ans, laquelle catégorie comporte 192 opérés représentant une léthalité de 7,5 p. 100.

Ehrmann, 85 opérés en un temps, avec 5 décès; 41 opérés en deux temps, 0 décès; soit 126 opérés avec 5 décès, dont 4 au-dessous de six ans. Ces 4 morts s'appliquant à 34 opérés en un temps de deux mois à cinq ans, donnent 11.76 p. 100, et, en tenant compte des 25 opérés en deux temps du même âge, 6.7 p. 100.

Mais en analysant ces résultats de plus près, on est conduit à une interprétation très différente.

Sur les 192 opérés de J. Wolff âgés de moins de sept ans il y en a 114 au-dessous de deux ans, et à ceux-là vont déjà 12 des 14 décès; parmi eux, 58 opérés âgés de un mois à six mois, donnent à eux seuls 8 morts.

Les 2 décès restants s'appliquent aux 78 opérés de deux à six ans (ils visent des sujets de quatre ans et de cinq ans).

Si à ces 78 malades on ajoute les 119 âgés de plus de six ans, qui tous sont indemnes de mort ; si l'on tient compte ensuite,

(1) Julius Wolff. Ueber frühzeitige Operation der angeborenen Gaumenspalte (*Sammlung klinischer Vorträge, begründet von v. Volkmann.* Leipzig, 1901. Neue Folge, nº 301, p. 167).

comme l'a fait pour lui-même M. Broca, des opérations secondaires, qui figurent dans les tableaux de cette série-là pour 50, on arrive à un total de 247 opérations, n'ayant produit *à partir de l'âge de deux ans*, que 2 décès. C'est juste l'équivalent de ce qu'obtient M. Broca à partir de quatre ans.

J'ajouterai même que les 2 décès provenant de la série de deux à six ans correspondent à 38 opérations dépendant d'une première période de 1872 à 1894, qui n'avait pas encore bénéficié de certains perfectionnements introduits par J. Wolff dans sa technique, et que les 40 opérations qui appartiennent à la période subséquente, de 1894 à 1900 (dont 24 à deux et à trois ans) n'ont plus été suivies d'aucune mort.

Pour ce qui concerne les 5 décès de ma statistique, il en est 2 qui y sont indiqués sous la mention « croup intercurrent ». Les observations sont relatées en détail dans mon mémoire de 1889 (1); pour l'une — fille de cinq ans — où la diphtérie s'était déclarée au huitième jour, il s'agissait d'une simple suture complémentaire de la luette; pour l'autre — fille de trois ans — la diphtérie était survenue au treizième jour, au moment où la malade se préparait à quitter l'hôpital.

Ce ne sont pas là des revers qu'en bonne justice on puisse mettre à l'actif de la palatoplastie, et je ne pense pas qu'on m'accusera d'un excès d'indulgence, si j'en fais abstraction.

Deux autres décès ont trait à des enfants de trois mois (entérite) et de sept mois et demi (congestion pulmonaire); c'est ce mécompte qui m'avait fait renoncer dès 1875 à intervenir à un âge aussi tendre, malgré les guérisons qu'à côté de deux insuccès j'avais obtenues chez 6 petits malades âgés de moins de quatorze mois (2).

Le dernier est cette mort désolante par hémorragie chez une fille de sept ans, dont vous a parlé M. Broca, hémorragie survenue peu d'heures après l'opération et où la prolongation intermittente de la chloroformisation pendant trois heures, entreprise pour assurer la compression — il ne s'agissait plus de l'opération elle-même — avait déterminé un choc suivi, dans la même nuit, de phénomènes cérébraux mortels.

Ces 3 décès se rapportent à 126 malades, ou plutôt à 124, puisque j'élimine les 2 croups. Et si, ici encore, on veut faire participer au dénombrement, les opérations complémentaires

(1) J. Ehrmann. *Des opérations plastiques sur le palais chez l'enfant, leurs résultats éloignés*; Paris 1889, avec XII planches hors texte, p. 43 et p. 45.

(2) J. Ehrmann. Recherches sur la staphylorraphie chez les enfants de l'âge tendre (avec 16 observations personnelles). Paris, 1875, in-4. (Extrait des *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. XXXI).

qui, avec celles pour fistules latérales, sont notées dans mes tableaux pour un chiffre de 46, si d'autre part on y ajoute les 20 opérations en deux temps et les 11 opérations en un temps qui sont postérieures à ma publication de 1901, on arrive à un total, en nombre rond, de 200 opérations conduisant à un pourcentage global de 1,5 p. 100, mais qui, *à partir de l'âge de dix-sept mois déjà*, ne donne plus qu'une léthalité de 0,5 p. 100. Ce dernier chiffre devient 0,64 si l'on fait abstraction des opérations complémentaires, et 0,58 p. 100 si l'on supprime du calcul les 31 opérations qui ne figuraient pas dans mon mémoire de 1901.

L'étude de quelques autres statistiques que j'ai pu réunir aboutit à des conclusions analogues.

Bergmann (1), sur 70 palatoplasties faites à la clinique chirurgicale de Berlin de 1884 à 1897, dont 33 sur des enfants de dix-huit mois à six ans, et 14 au-dessous de trois ans, n'a eu à enregistrer aucun décès.

Girard (2) (de Berne) avec 69 opérés, dont 15 âgés de neuf mois à deux ans, et 18 âgés de deux et demi à cinq ans, a eu 1 mort, mais chez une enfant de six ans.

Miculicz (3) à l'hôpital de Breslau, de 1892 à 1900, n'a perdu aucun de ses 40 opérés; il est vrai que je ne relève parmi eux que 8 enfants de deux et de trois ans, tandis qu'il y en a 19 de quatre à six ans.

Thomas Smith (4) (de Londres) avait publié en 1871 une série de 56 palatoplasties, dont 16 faites entre deux et quatre ans. Comme les travaux de ce chirurgien font, dans l'espèce, grande autorité, je lui écrivis récemment pour savoir s'il avait, depuis cette époque éloignée, produit une statistique d'ensemble. Il voulut bien me répondre que ses occupations professionnelles ne lui avaient plus permis, dans cette dernière période, de collationner toutes ses notes, mais que, malgré le nombre considérable de ces opérations qu'il avait pratiquées au jeune âge, spécialement à partir de deux ans, il n'avait jamais eu de mort à déplorer.

(1) Bergmann, in Dobberkau (L.). *Ueber Gaumenspalten.* Inaug. Dissert. Berlin, 1898.

(2) Girard. Sur *l'uranostaphylorraphie* (XIVe Congrès de Chirurgie, 1901, p. 410).

(3) Miculicz, in W. Kassel, Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalte, mit besonderen Rücksicht auf die functionellen Erfolge. (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, v. Bruns, Tubingen 1902 Bd. 35. H. 2, p. 296.)

(4) Th. Smith. *On the Treatment of Cleft Palate in Infants and on the cure of Clefts of the Hard and Soft Palates by operation under Chloroform.* London 1871, in-8o.

Je note en passant que les décès relatés naguère par Rouge (1), Billroth (2), Otto Weber (3), Gust. Simon (4), Lawson Tait (5), s'étaient tous produits chez des sujets âgés de quelques semaines seulement.

En résumé, — si l'on s'en réfère aux cas publiés, — pas de mortalité, ou une mortalité négligeable à mesure qu'on se rapproche des deux ans; il n'y a de déchet sérieux que dans la première année de la vie.

L'argument tiré par M. Broca *de la gravité opératoire* dans la fixation de sa limite d'âge, ne semble donc pas répondre à la réalité des faits, faits qu'attestent, en dehors des miens propres, plusieurs auteurs d'un poids incontestable. L'opération se montre vers deux ans tout aussi innocente qu'à quatre ans et au delà, et elle offre, à bien peu de chose près, les mêmes chances de réussite. Je concède que chez ces jeunes les soins sont plus malaisés à prêter, que le succès plastique s'obtient à plus de frais; mais, personnellement j'ai vu guérir 6 opérés en deux temps compris entre dix-sept et vingt et un mois, 14 qui étaient âgés de deux à trois ans; et parmi les succès que m'a procurés le procédé en un temps, il y en a 9 qui se rapportaient également à des sujets de deux ans à trois ans et demi.

Cette intervention au premier âge est-elle pour la phonation réellement utile? Ici, je deviens moins nettement affirmatif, car je dois déclarer que sur ce point mes observations ne m'amènent pas à une solution catégorique.

Pour certains de ces opérés, revus quelques années plus tard, les résultats ont été, à coup sûr, très encourageants, mais chez d'autres ils l'ont été moins, ou encore sont restés médiocres, sans que puissent être fixées à cet égard des proportions bien définies, et sans que, d'autre part, les dispositions locales aient pu toujours expliquer ces variations.

Chez aucun, je n'ai eu « l'idéal » signalé pour quelques-uns des malades de J. Wolff, qui, même avec des fissures traversant la presque totalité de la voûte, et, l'opération ayant été faite à dix-huit mois et au-dessous, avaient acquis, à six, à sept, à neuf ans

(1) Rouge, *l'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais.* Paris, 1871, p. 86.

(2) Billroth. Erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie, p. 158 (*Archiv für klin. Chirurg.* 1869, Bd X).

(3) O. Weber *Archiv. für klin. Chirurg.* Bd IV, H I, 1863 p. 295.

(4) G. Simon, *Beiträge zur plastischen Chirurgie,* Prag, 1868 p. 91.

(5) Lawson Tait. On the Treatment of Cleft Palate (*The Britisch and foreign med. Chirur. Review,* 1870 Juli, p. 181).

un langage absolument normal, sans avoir été aidés d'aucun exercice orthophonique. Ces faits ont eu pour témoins, à diverses reprises, la Société des chirurgiens de Berlin et le Congrès allemand de chirurgie; on aurait mauvaise grâce à mettre en doute leur authenticité.

M. Delore(1), de son côté, a présenté en 1892 à la Société de Médecine de Lyon, jouissant d'une prononciation parfaite, sans trace aucune de nasonnement, un jeune homme de dix-huit ans qu'il avait opéré, à l'âge de cinq mois, d'une division comprenant le voile et la moitié de la voûte, et une fille de neuf ans opérée à quatre ans et demi d'une division plus importante. Ni pour l'un ni pour l'autre il n'est fait mention d'éducation vocale.

Girard(2) également cite un de ses petits opérés de dix-huit mois, qui à cinq ans déjà parlait si bien qu'on ne se serait pas douté de l'infirmité dont on l'avait débarrassé.

Dans l'article « Cleft palate » du *Dictionnaire de chirurgie* de Haeth publié en 1886, Th. Smith (3), se référant aux données de sa pratique individuelle, affirme hautement l'excellence de la phonation dans les cas où l'opération a pu être faite au tout jeune âge; il ne descend pas toutefois au-dessous de deux ans.

Cette perfection aurait atteint « l'idéal » chez la plupart des opérés de Murray (4) (de Liverpool) entrepris par ce chirurgien à partir de l'âge d'un an; mais, sur 73 opérations faites chez des enfants, le mémoire n'en précise pas le nombre.

Kassel(5) (de Breslau), qui s'est appliqué à vérifier les résultats éloignés des palatoplasties de Miculicz, se trouve incité aussi, par la parfaite normalité du langage spontanément acquise par deux opérés de deux ans, par un de trois ans, par deux de quatre ans, à conseiller l'intervention aussitôt que l'absence de danger vital la fera juger possible.

Quoi qu'il en soit, et lors même que mes résultats ne les ont pas égalées, toutes ces constatations, dont on ne peut pas ne pas tenir compte, me paraissent appuyer sérieusement la doctrine de l'intervention hâtive. On admettra difficilement que le hasard seul ait servi ceux qui les ont évoquées, ne leur ménageant que des

(1) Delore. De l'uranostaphylorraphie chez les enfants du premier âge. Lyon 1892. (Extrait du *Lyon médical*, 1892, n[os] 21, 23.)

(2) Girard. *Loc. cit.*

(3) Th. Smith, In Heath. *Dictionnary of practical Surgery* (art. « Cleft palate »). London 1886.

(4) Murray. Harelip and cleft palate (*British Journ.*, 1898, oct. 15).

(5) W. Kassel. *Loc. cit.*

cas qui, à tout âge, eussent amené une réussite phonatrice équivalente.

Et si, pour ma part, les quelques succès parfaits que m'a donnés la palatoplastie n'ont été obtenus, très généralement, que par l'éducation méthodique de la parole, à la manière de Trélat — que les malades aient été, ou non, opérés avant cette époque-là — je n'en juge pas moins que le rétablissement de leur mécanisme naturel pendant qu'ils ont encore devant eux une bonne marge de croissance, ne peut que favoriser le développement des muscles staphyliens, et que de ce chef les sujets opérés de bonne heure se trouvent dans des conditions supérieures, quand arrive plus tard pour eux le moment où ils peuvent être soumis aux exercices vocaux.

Et pour la catégorie si nombreuse de ceux qui ne peuvent s'offrir le luxe du professeur d'orthophonie, saurait-il donc être indifférent de procurer tôt à leurs organes la possibilité d'un fonctionnement plus régulier, qui les mette à même d'obvier, dans la limite réalisable et grâce à leur instinct d'imitation, aux coordinations musculaires anormales auxquelles les habitue l'existence de la fissure? J'hésite à le croire, bien que ce ne soient là que des inductions. C'est ce qui me fait rester fidèle à l'intervention moyennement précoce, de deux quatre ans, époque à laquelle le danger opératoire a disparu.

Les déformations maxillaires éloignées qu'entraîne trop souvent, au jeune âge, la suppuration prolongée des incisions libératrices (1), — ces conséquences funestes des cicatrisations vicieuses dont ma collection du musée Dupuytren contient de saisissants exemples, — ne sont d'ailleurs plus à redouter avec l'emploi du procédé en deux temps, qui élève à leur maximum les chances de guérison rapide et correcte.

Mais il est à peine besoin d'ajouter qu'on ne saurait poser à cet égard une règle univoque. Le plus ou moins de vigueur du sujet, l'étendue de la fissure et l'importance du traumatisme qui en résultera sont autant de facteurs qui pèseront sur la détermination du chirurgien.

Une vérité presque banale, qui, dans l'interprétation des inégalités phonétiques, domine la question de l'âge et, dans une certaine mesure, celle de l'éducation vocale, c'est l'influence dévolue aux lésions anatomiques, au raccourcissement antéro-postérieur par atrophie médiane du palais osseux, qu'avait mis en

(1) J. Ehrmann. *Des opérations plastiques sur le palais chez l'enfant; leurs résultats éloignés*, Paris 1889, p. 20 et suiv.

lumière le professeur Trélat avec tant d'autorité, à la longueur et au degré de musculature du voile, ainsi qu'au développement du constricteur supérieur du pharynx, sur lesquels dernièrement insistait M. Delbet, aux dimensions en un mot et aux conditions de résonnance du canal nasopharyngien. Spécialement en ce qui concerne l'importance du rôle que peut être appelé à jouer le constricteur supérieur, je rappelerai que c'est sur l'action exclusive de ce muscle que repose le fonctionnement de l'obturateur rigide de Suersen, basé sur la théorie de Brücke et de Passavant, et que l'usage a, de longue date, consacré en Allemagne.

Malgré la part très prépondérante qui incombe au voile dans l'occlusion de l'isthme, ce serait aller trop loin, que de faire uniquement dépendre de sa longueur le succès phonétique. J'ai vu des opérés qui, à mon étonnement, parlaient bien avec un voile relativement court. Il y a là souvent, en dehors de l'aptitude que confère l'éducation une inconnue qui échappe.

Parmi les circonstances locales qui peuvent contribuer à donner la clef de ces différences fonctionnelles, le développement hypertrophique des cornets nasaux en est une incontestable. J'ai connu plusieurs sujets atteints de divisions considérables, non opérés, qui, grâce à cet obturateur naturel, avaient un langage très intelligible.

Présentations de malades.

La cure radicale des grosses hernies crurales par le procédé du rideau et la suture des gaines.

M. Chaput. — Si la cure radicale des petites hernies crurales est relativement facile par les procédés de Berger ou de Championnière, il n'en est pas de même des grosses hernies. Dans ces hernies à collet élargi, sortes d'éventrations crurales, le pédicule de la hernie se prolonge au devant des vaisseaux fémoraux, et quelquefois même en dehors de l'artère.

La récidive de ces hernies après l'opération se fait par trois régions distinctes : 1° par l'anneau crural proprement dit, situé en dedans de la veine. — 2° par l'espace situé entre les vaisseaux fémoraux et l'arcade crurale (sinus prévasculaire ou préfémoral). — 3° en dedans de la veine fémorale, car dans aucun des procédés connus on ne s'occupe de suturer les parois de l'anneau à la veine fémorale de telle sorte qu'on peut avoir fermé la plus grande partie de l'anneau crural mais qu'on laisse au niveau de la veine un

petit espace (sinus fémoral interne) inobturé, par où se fait la récidive.

Pour obtenir une guérison définitive de la hernie crurale on doit, selon moi : 1° Oblitérer l'anneau crural, non pas au-dessous de l'arcade crurale, mais bien au-dessus, au niveau du ligament de Cooper, de façon à éviter la dépression qui est une amorce pour la récidive. — 2° Fermer les sinus fémoral interne et préfémoral.

Je ne connais pas de procédé efficace de fermeture de l'anneau crural, parce que de ses trois parois, l'antérieure et la postérieure (arcade et ligament de Cooper) sont rigides et ne peuvent venir au contact, et que, d'autre part, la veine fémorale constitue une difficulté toute spéciale en ce sens qu'on ne peut pas la suturer commodément aux autres parois et qu'il faut en outre éviter de la comprimer exagérément en portant l'arcade crurale trop en arrière.

J'ai tourné la difficulté en faisant une sorte d'exclusion de l'anneau crural que je rends ainsi extra-abdominal.

J'y arrive en incisant le canal inguinal, isolant le bord inférieur du petit oblique et en suturant ce bord à la crête pectinéale (ligament de Cooper). Dans cette manœuvre les muscles sont tirés comme un rideau en arrière de l'anneau crural; c'est pourquoi je désigne l'opération sous le nom de Procédé du Rideau.

Pour fermer les sinus fémoral interne et préfémoral, je suture à la soie fine la gaine de la veine fémorale au bord du petit oblique qui la croise. Je suture encore la gaine de l'artère et le psoas s'il en est besoin à l'arcade crurale.

Voici la technique détaillée de l'opération :

1° Incision en volet à base supérieure découvrant largement les régions crurale et inguinale.

2° Excision du sac crural après ligature du pédicule.

3° Incision de la paroi antérieure du canal inguinal, isolement et réclinaison du cordon ou du ligament rond, libération du bord inférieur des petits optique et transverse.

4° Suture du bord du petit oblique à la crête pectinéale. Cette suture est facile grâce à l'accès que donne l'incision du canal inguinal.

5° *Suture des gaines vasculaires au petit oblique et à l'arcade.*

Cette suture s'exécute avec de petites aiguilles à intestin. Pour éviter de perforer la veine je pince sa gaine longitudinalement avec une pince de Kocher et je traverse avec l'aiguille la base de chaque pli. Je place un nombre de sutures suffisant pour fermer les sinus fémoral interne et préfémoral.

J'ai employé le procédé avec succès dans huit cas. Voici l'observation résumée de la malade que j'ai l'honneur de vous présenter.

Grosse hernie crurale. Cure radicale par le procédé du rideau.
Bon résultat.

Il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans, très grosse et à tissus mous, qui fut opérée en juillet 1903 pour une hernie crurale étranglée dès sa première apparition, au dire de la malade.

La réunion eut lieu sans incident et la malade quitta l'hôpital au bout de vingt-cinq jours, complètement guérie de sa hernie.

Il y a un mois elle s'aperçut que la hernie s'était reproduite.

A l'examen, on constate une entérocèle crurale du volume d'un œuf de pigeon; l'anneau fibreux situé au niveau du fascia cribriformis admet la pointe de l'index. On constate, en outre de cette tumeur, une véritable éventration crurale qui se prolonge au-devant des vaisseaux fémoraux et même au delà, et qui mesure 7 centimètres de longueur. Rien à la région inguinale.

Opération le 10 *mars* 1904 à la cocaïne lombaire; anesthésie parfaite.

Je fais une incision en volet à base supérieure. J'isole le sac, je le lie à sa base et je l'incise; ce temps est très pénible à cause de la friabilité du sac.

Je constate alors un énorme orifice s'étendant jusqu'à 2 centimètres en dehors de l'artère fémorale.

J'incise la paroi antérieure du canal inguinal, j'isole le bord inférieur du petit oblique et transverse et je les suture au ligament de Cooper avec des catguts.

Je ferme alors le sinus fémoral interne et préfémoral en suturant les gaines vasculaires au petit oblique et à l'arcade. Je fais des plis longitudinaux aux gaines avec une pince de Kocher, et je traverse la base de chaque pli avec une aiguille fine armée de soie à intestin.

Je place deux sutures sur la veine, deux sur l'artère, deux en dehors de l'artère. Le résultat immédiat paraît excellent. Suture sans drainage.

Suites nulles, réunion immédiate.

Actuellement la malade ne présente pas trace de récidive, la région inguino-crurale est occupée par une sorte de plastron rigide qui paraît constituer une excellente défense.

En avant des vaisseaux au-dessous de l'arcade on constate une certaine impulsion à la toux, mais cette impulsion est moins accentuée que du côté sain.

En résumé le résultat obtenu paraît très satisfaisant; je ferai en sorte de suivre cette malade pour savoir si la guérison persiste.

Conclusions. — Dans les grosses hernies crurales le collet du sac se prolonge au devant des vaisseaux fémoraux, de telle sorte que la cure radicale de ces hernies comporte : 1° l'oblitération de l'anneau fémoral; 2° la fermeture de l'espace préfémoral.

Le meilleur moyen pour résoudre le problème consiste à abaisser

comme un rideau les muscles petit oblique et transverse jusqu'à la crête pectinéale et à suturer les gaines vasculaires au bord du petit oblique et à l'arcade crurale.

Présentations de pièces.

Corps étranger du rectum.

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un corps étranger du rectum que j'ai enlevé hier matin avec l'aide de mon collègue Riche.

Comme vous le voyez, il s'agit d'un pot en verre un peu épais, plus renflé en son milieu, avec un pied circulaire d'une hauteur de 8 centimètres, d'une circonférence de 20 centimètres et demi au niveau de la partie bombée et 20 centimètres exactement au niveau du pied.

Je n'insiste pas sur le mécanisme de l'introduction, suite d'une aberration chez un homme de trente et un ans, cyphotique ancien et très accentué. L'introduction avait eu lieu le 13 mars. Le malade n'est venu nous trouver qu'avant-hier 11 avril. Il n'avait aucun signe d'occlusion, avait avalé force purgatifs qui n'avaient eu aucun résultat. L'exploration nous montra que le corps étranger qu'il nous dessina grossièrement était dans l'ampoule, le pied tourné en bas et très accessible au doigt, le col ouvert dirigé en haut. Il était certain que le corps étranger ne pouvait traverser le détroit coccygio-pubien. Il est certain pour moi que chez ce malade le bassin était rétréci par suite de sa déviation vertébrale.

Après dilatation préalable de l'anus, nous procédâmes à une large résection du coccyx et du bec du sacrum, en essayant de ne pas faire une rectotomie externe. Toutes les tentatives de préhension et surtout d'extraction furent vaines. Il fallut faire la rectotomie externe postérieure et combinant la pression par le ventre avec une main avec des manœuvres du côté de l'anus; nous pûmes enfin l'extraire avec la conviction que ce qui l'arrêtait c'était le diamètre bi-ischiatique; vous pouvez voir que le pot était un peu moins large dans un sens que dans l'autre; c'est en le présentant par ce diamètre que l'on put faire l'extraction :

Reconstitution du rectum. Drainage large de l'espace rétro-rectal.

Alors que j'avais retiré le corps étranger, me vint à l'idée une manière de faire pour saisir et extraire les corps étrangers de cette forme. Je n'aurais eu qu'à entourer le champignon formant

le pied du pot de l'anse, d'un serre-nœud, et à m'en servir pour tirer sur le corps étranger. Je la donne pour ce qu'elle peut valoir à ceux qui pourront avoir à faire à des corps de cette nature, sur lesquels on n'a pour ainsi dire pas de prise.

Acné hypertrophique du nez. Décortication per ignem. *Guérison.*

M. Potherat. — Les masses charnues grosses encore comme deux bonnes noix, malgré plusieurs semaines de séjour dans l'alcool, que je vous présente, proviennent du nez d'un homme âgé de cinquante ans passés, que j'ai opéré au mois de février dernier.

Cet homme, d'ailleurs très sobre, avait vu en ces dernières années et surtout en ces derniers mois, son nez se couvrir de bosselures, puis d'élevures, enfin de masses charnues, qui au niveau des ailes et plus spécialement autour du lobule avaient pris un tel développement, qu'elles donnaient à sa physionomie un aspect des plus désagréables, à ce point que le porteur de ce nez n'osait plus se montrer en public.

Vous pouvez juger d'ailleurs, d'après ce dessin dû à la plume du malade lui-même qui est un artiste de talent, à quel degré se trouvait modifiée l'esthétique de l'appareil nasal de mon sujet.

L'aspect de cette lésion, constituée par une peau épaissie, chagrinée, charnue, éléphantiasique, la présence dans tout le voisinage, sur les joues et le front, d'une éruption presque confluente d'acné, reposant sur une peau rouge et épaissie, ne permettait pas l'ombre d'un doute sur la nature du mal : il s'agissait bien évidemment d'*acné hypertrophique.*

Cet homme m'ayant demandé d'intervenir contre cet accident fâcheux, je lus d'abord la très intéressante monographie de MM. Nélaton et Ombredanne (1), je pris ensuite les conseils éclairés de mon maître Nélaton, et je fis l'opération d'Ollier, c'est-à-dire la décortication au thermo-cautère. Le malade ayant été endormi au chloroforme, avec le couteau du thermo-cautère, je brasai tout ce qui saillait à la surface de ce nez, auquel je restituai ses formes normales. Nulle part je ne dépassai le niveau du derme, mais je cautérisai énergiquement les surfaces dénudées par l'abrasion cutanée.

Le résultat fut des plus heureux. Il fut même obtenu en moins

(1) La « Rhinoplastie », in *Traité de Médecine opératoire* de P. Berger et H. Hartmann.

de temps que je ne l'aurais cru tout d'abord ; car, en moins de cinq semaines la guérison était réalisée. Vous pouvez juger de ce résultat par cet autre dessin fait par le malade lui-même, après sa guérison, qui lui a causé une indicible satisfaction.

Je dois dire que j'eus soin de recouvrir les joues et le front, ainsi que la base du nez de la pommade recommandée par Thibierge, et dont la formule se trouve dans la monographie de MM. Nélaton et Ombredanne, et que ces onctions ont eu la plus heureuse influence sur l'acné récidivant de ces régions. Je pense que l'emploi de cette pommade au soufre et à l'acide salicylique est un bon adjuvant à la thérapeutique chirurgicale de l'acné hypertrophique du nez.

D'autre part la décortication au thermo-cautère m'a paru une pratique à la fois si simple et si efficace, qu'aucune méthode autoplastique ne me semble pouvoir non seulement lui être préférée, mais même lui être comparée.

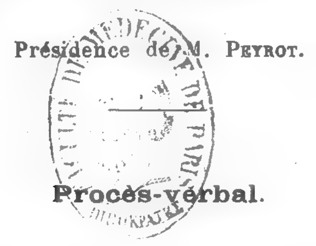
Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1904

Présidence de M. PEYROT.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. HARTMANN dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, le livre que M. Georges Luys vient de publier sous le titre suivant : *La séparation de l'urine des deux reins.*

Décès de M. Lyot.

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. Lyot, membre de la Société de Chirurgie, et prononce les paroles suivantes :

J'ai le pénible devoir d'annoncer à la Société de Chirurgie le décès de notre collègue Constant Lyot.

Chirurgien des hôpitaux de 1896, Lyot avait obtenu un service au commencement même de cette année. Il n'en a jamais pris possession. La Société de Chirurgie l'avait admis dans son sein l'année dernière.

Une grande tristesse nous saisit, en face d'une catastrophe aussi

inattendue. Tant d'efforts devenus superflus! tant d'espérances détruites! un foyer familial éteint à peine allumé, une femme qui serre en pleurant sur son cœur deux petits orphelins! Une telle rigueur du sort nous apparaît comme une cruelle injustice.

Je suis sûr d'être l'interprète de tous mes collègues en adressant à Mme Lyot l'expression de vos regrets et de vos sympathies.

Par application d'un vote récent de la Société de Chirurgie, je vous propose de lever la séance en signe de deuil.

Présentations de malades.

Cholédocotomie.

M. Lejars présente deux malades auxquelles il a pratiqué, pour une obstruction calculeuse du canal cholédoque, une cholédocotomie suivie de drainage du canal hépatique. Il reviendra sur l'histoire de ces malades dans une communication prochaine.

Résection de l'estomac pour cancer. Guérison depuis six ans.

M. Tuffier. — Le malade que je vous présente âgé de quarante-huit ans, a subi il y a six ans à l'hôpital de la Pitié une gastrectomie. Il m'avait été adressé par M. Hayem avec le diagnostic de cancer et son état général était tellement précaire que j'ai hésité à l'opérer. L'intolérance gastrique était absolue, la teinte jaune cireuse, l'amaigrissement extrême. J'enlevai la tumeur qui, après macération dans le liquide de Müller, mesurait encore 15 centimètres de long. La portion réséquée de l'estomac formait donc un cylindre énorme, du pylore à la grande courbure. Le duodénum fut abouché à la partie postérieure de la grosse tubérosité. Ce malade a guéri sans incident et depuis six années il n'a pas eu le moindre accident gastrique; il vit de son travail, son état général est excellent et il ne présente pas trace de récidive. J'ajoute que l'examen histologique de la pièce a été fait par M. Hayem et a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Nos discussions actuelles sur l'éradication du cancer m'a engagé à vous montrer ce malade aussi rare que démonstratif.

Cancer bilatéral.

M. Reynès présente une malade atteinte d'un cancer bilatéral, ulcéré et inopérable des mamelles, traité avec succès par la castration ovarienne; l'opération date d'un an.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de remerciements de M. KALLIOUZEZ (d'Athènes), récemment nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie.

3°. — Deux volumes dont l'auteur, M. CATHELIN, fait hommage à la Société de Chirurgie. L'un de ces volumes est intitulé : *Le cloisonnement vésical et la division des urines*; l'autre est une étude importante sur : *Les injections épidurales et leurs applications dans les maladies des voies urinaires*.

A l'occasion du procès-verbal.

Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente.

M. F. LEGUEU. — Dans une récente communication, M. Bazy a abordé la question de la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Notre collègue attribue à la congénitalité une place qui me paraît exagérée. D'après lui, l'hydronéphrose que l'on rapporte habituellement au rein mobile ne serait pas secondaire à la mobilité ; l'hydronéphrose, au contraire, serait la cause de la mobilité. Je ne partage pas cet avis.

I. — Il y a des hydronéphroses congénitales : le fait n'est pas douteux. Je n'entends pas ainsi seulement les cas dans lesquels il y a une imperméabilité de l'uretère ; je veux dire qu'il y a des hydronéphroses intermittentes qui reconnaissent pour cause une lésion congénitale de l'uretère : coudure, valvûle, etc.

Dans une de mes observations, je retrouve une lésion de ce genre, et, sans que cependant j'en aie la preuve, j'ai de fortes raisons de supposer que la lésion causale était congénitale. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans que j'ai vu, en 1901, avec mon ami le Dr Mayet, et qui avait, depuis quelques mois, des crises intermittentes de douleurs dans le rein gauche. La maladie était tout à fait au début quand je le vis ; il avait eu une dizaine de crises tout au plus, localisées au côté gauche ; elles s'accompagnaient de vomissements, duraient un jour environ, et laissaient dans l'intervalle une santé absolument parfaite. Les urines étaient limpides. Le rein n'était pas mobile : on ne le sentait ni gros ni abaissé. Je pensai qu'il y avait sur l'uretère, à sa partie supérieure, une coudure, une lésion l'oblitérant partiellement. Et à l'opération, je trouvai le bassinet dilaté ; l'uretère, au sortir du bassinet, faisait un coude sur lui-même. Quelques adhérences celluleuses maintenaient fixe cette plicature qui, vraisemblablement, étant donné l'âge du sujet, était d'origine congénitale. Je redressai l'uretère en sectionnant les tractus fibreux intermédiaires, sans l'ouvrir. Le bassinet se vida sous mes yeux, et je laissai les choses en l'état. Au huitième jour, une fistule urinaire se forma spontanément qui dura trois mois et se ferma seule : il est probable que j'avais trop serré de près la paroi urétrale en la dénudant, et il en est résulté un sphacèle partiel. Quoi qu'il en soit, ce malade a parfaitement guéri et il n'a plus eu depuis aucune crise semblable.

Parmi les lésions congénitales que j'ai vu causer l'hydronéphrose, je place les artères anormales. Mais, ici, il faut établir une distinction : quand on trouve au cours d'une opération une artère croisant et accrochant l'uretère, il ne faut pas tout de suite conclure à un rapport de causalité. Le rapport de l'uretère et de l'artère ou du vaisseau peut se constituer, en effet, suivant un double mécanisme.

Tantôt l'inflexion de l'uretère *est secondaire et l'hydronéphrose est alors primitive*, relevant d'une cause quelconque. Au fur et à mesure que le bassinet augmente, il s'abaisse, et, dans ce mouvement, l'uretère se trouve accroché sur un vaisseau qu'il n'aurait pas dû rencontrer. Il y a sur l'uretère un coude, mais ce coude n'est pas la cause de l'hydronéphrose ; il peut contribuer à

l'aggraver, il n'a pu la causer. Et c'est à cette variété qu'appartenait le fait rappelé par M. Bazy.

Mais, d'autres fois, *la coudure de l'uretère, son inflexion sur le vaisseau est primitive*, et l'hydronéphrose est bien réellement secondaire. C'est le vaisseau qui a créé l'hydronéphrose. Il s'agit, le plus souvent, d'artères anormales, de ces artères qui prennent sur l'aorte une origine particulière et aboutissent au pôle inférieur du rein. Et deux fois, dans le cours de cette année, j'ai constaté cette disposition.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, que j'opérai à l'hôpital Necker au mois de février de l'année dernière. Depuis quatre ans, il avait des crises de douleurs dans le rein gauche. Ces crises présentaient le caractère des crises réno-urétérales, s'accompagnaient quelquefois d'hématurie et se reproduisaient volontiers sous l'influence de la fatigue et des mouvements, à tel point que M. Guyon, qui avait examiné et suivi ce malade, pensa à un calcul. A l'opération, je trouvai une hydronéphrose de petit volume, une dilatation très légère du bassinet; une artère anormale, grosse, abordait la partie inférieure du rein. Dans ce trajet, elle croisait l'uretère en passant au-devant de lui, et l'uretère, s'infléchissant sur l'artère, faisait à ce niveau un coude à concavité antérieure. Cette artère, la coudure qu'elle a amenée, l'inflexion que présentait l'uretère à son niveau, telle était, dans ce cas, la vraie cause de l'hydronéphrose. On ne peut, en effet, soutenir ici que le poids ou le volume du bassinet l'ait abaissé au point d'amener l'uretère à se couder sur une artère, même anormale. Le bord inférieur du bassinet restait encore très au-dessus de l'artère, et l'uretère, examiné sur la pièce après la néphrectomie, ne présentait aucune autre altération que le coude qu'il faisait sur l'artère et qui avait suffi à élever la tension dans le bassinet et à causer l'hydronéphrose.

Plus récemment, j'ai retrouvé sur une autre malade une disposition semblable, une inflexion uretérale primitive sur une artère anormale. Une malade de trente-deux ans avait, depuis quatre ans, des crises douloureuses à gauche : victime d'un examen bactériologique inexact, elle fut pendant longtemps considérée, par plusieurs chirurgiens, comme atteinte de tuberculose rénale et soignée même pendant plusieurs mois par le sérum de Marmorek. Une poussée de cystite survenue dans l'intervalle avait été guérie, et cependant les crises douloureuses continuaient au niveau du rein gauche, sans augmentation de volume. La séparation pratiquée par Cathelin et par Luys avait, avec des différences dans les détails, confirmé la localisation morbide à gauche et l'intégrité du côté droit. J'opérai cette malade au mois de

novembre dernier; je trouvai une hydronéphrose de petit volume et une inflexion de l'uretère sur une artère et une veine anormales venant de l'aorte et de la veine cave, et passant transversalement au-devant de l'uretère pour aborder le pôle inférieur du rein. J'examinai minutieusement l'origine, le trajet de cette artère, ses rapports avec l'uretère, et il nous fut évident, à M. Metschnikoff et à Weinberg qui assistaient à l'opération, que cette disposition était la cause de l'hydronéphrose. Il n'y avait sur l'uretère aucune altération; en soulevant ce vaisseau, on pouvait vider le bassinet.

En présence de ces constatations, je pensai qu'il n'y avait aucune raison d'enlever un rein qui paraissait peu lésé : je me contentai de cette opération conservatrice ; il n'y avait même aucune raison de fixer ce rein, puisqu'il ne présentait aucune mobilité.

La malade fut améliorée pendant quelques semaines, mais bientôt ses crises se reproduisirent avec une égale intensité, et convaincu que je n'avais pas enlevé la cause de l'hydronéphrose, je me décidai à intervenir à nouveau. Je trouvai la même hydronéphrose que la première fois, sensiblement aggravée même ; mais une nouvelle cause était intervenue pour entretenir et accentuer cette hydronéphrose. Un noyau de sclérose du volume d'une noix s'était formé autour de l'uretère, à la hauteur de l'extrémité inférieure du rein, avait collé l'uretère au rein en l'enserrant, et causé là une nouvelle cause de sténose qui n'existait pas la première fois. J'enlevai le rein.

Les constatations faites lors de ma première intervention restent vraies. En somme voilà deux cas où une artère anormale passant devant l'uretère a été la cause d'une hydronéphrose. Dans les deux cas, la preuve que l'inflexion sur l'uretère est primitive, que l'hydronéphrose est secondaire résulte des quelques considérations que voici :

D'abord il y avait absence de toute mobilité. Il n'y avait pas sur l'uretère d'autre lésion que celle résultant de l'inflexion imposée par l'artère : après l'ablation de l'artère, l'uretère retrouvait sa perméabilité ; l'hydronéphrose était jeune, le bord inférieur du bassinet était dans le premier cas au moins très au-dessus de l'artère ; enfin la dilatation de l'uretère commençait juste au-dessus de l'artère, et cesse immédiatement au-dessous. Grâce à ces caractères, très différents de ceux que l'on rencontre quand une hydronéphrose vient, comme dans l'observation de Decressac, s'accrocher pour ainsi dire sur une veine rénale, grâce à ces caractères, on peut dire que l'artère a eu un rôle important et primitif.

Tel est à mon avis, tel est d'après mes observations person-

nelles le rôle de la congénitalité : il n'est pas tellement considérable qu'il doive nous faire oublier les *hydronéphroses acquises.*

II. — Celles-ci existent et reconnaissent des causes multiples qu'il serait trop long de passer successivement en revue. Je m'en tiens au seul point contesté, à savoir le rôle de la mobilité : M. Bazy pense que le rein est mobile secondairement à l'hydronéphrose.

Mais pour qu'une hydronéphrose entraîne la mobilité du rein, il faut au moins qu'elle ait un certain volume et qu'elle ajoute un certain poids au poids naturel de l'organe. Or, on voit bien des hydronéphroses dans le rein mobile qui sont incapables de produire la mobilité. Quand on voit les malades depuis le début, quand on assiste aux premières phases de l'hydronéphrose, on voit des rétentions de 30, de 50 grammes dans le rein mobile, et il est impossible que, la mobilité soit dans ce cas la conséquence de cette hydronéphrose.

Ces petites rétentions sont pourtant très communes au début de l'hydronéphrose du rein mobile et par le cathétérisme de l'uretère on les met très bien en évidence. M. Bazy, il est vrai, pense que la forme, le volume des bassinets même normaux expliquent ces différences dans l'évacuation par la sonde urétérale. Je lui répondrai que ce qui fait l'hydronéphrose, c'est beaucoup moins la quantité du liquide contenu ou retenu que la tension de ce liquide. Je sais que tous les bassinets n'ont pas la même capacité; à l'égalité de douleur correspond non l'égalité du liquide, mais l'égalité de la tension, et on ne peut par exemple contester la réalité d'une petite rétention comme celle-ci au cours d'un rein mobile. Une femme m'est un jour adressée à l'hôpital en brancard avec le diagnostic « appendicite ». La douleur est vive, la crise a commencé la veille, la malade se tient pliée en deux; cependant à l'examen, grâce aux commémoratifs, à la connaissance d'un rein mobile antérieur, à l'existence d'une douleur de siège rénal, je diagnostique une hydronéphrose et je fais séance tenante le cathétérisme de l'uretère. J'évacue 40 grammes du bassinet, et aussitôt cette femme se lève, se tient droite, refuse d'entrer à l'hôpital, et repart à pied alors qu'elle était venue en ambulance. Voilà, je pense, un exemple net de ces petites rétentions du rein mobile qui sont tout à fait disproportionnées comme volume avec la mobilité dont elles sont une conséquence.

Ce qui prouve encore d'ailleurs que la mobilité est la cause de l'hydronéphrose, c'est qu'il suffit de redresser l'uretère en élevant le rein, c'est qu'il suffit de fixer le rein pour obtenir la guérison souvent définitive de ces malades.

J'ajouterai enfin ceci : c'est que je n'ai jamais vu l'hydroné-

phrose accompagnée à gauche de mobilité rénale. Toutes les hydronéphroses gauches que j'ai vues et opérées étaient fixes.

Et au contraire j'ai toujours vu à droite les hydronéphroses qui s'accompagnaient de mobilité. Il serait au moins curieux si l'hydronéphrose avait un rôle dans la production de la mobilité, que cette mobilité ne se produise jamais à gauche.

On s'étonne que la mobilité ne détermine pas toujours l'hydronéphrose : mais il ne suffit pas que l'uretère soit coudé pour que l'hydronéphrose se développe, il faut que la coudure soit fixée. Or dans le rein mobile, le premier terme est toujours réalisé, il y a toujours coudure de l'uretère ; mais le second l'est beaucoup moins, et la fixité de la coudure existe rarement, d'où la rareté relative de l'hydronéphrose. Mais c'est un tort d'en conclure que l'hydronéphrose est primitive et la mobilité secondaire : je reste fidèle à la doctrine classique.

Un mot en terminant au sujet du traitement.

Ce traitement varie naturellement avec la cause et sera aussi varié qu'elle. Il y a avantage, je pense, à utiliser le plus possible les opérations partielles, conservatrices et parmi celles-ci à se contenter, quand ce sera possible, de celles qui ne coupent pas l'uretère. Mais quand il devient nécessaire de pratiquer une nouvelle bouche, je crois d'une façon générale que les anastomoses latéro-latérales sont préférables aux implantations termino-latérales. Pour ces dernières, la nouvelle bouche est plus difficile à bien faire ; son fonctionnement est plus aléatoire et j'ai dû dernièrement faire une néphrectomie pour remédier aux inconvénients qui résultaient d'une implantation ainsi réalisée. Avec les anastomoses latéro-latérales, au contraire, il est possible de faire une ouverture plus large, une suture plus parfaite et toutes les malades que j'ai opérées ont non seulement parfaitement guéri, mais elles ont été suivies assez longtemps pour que je sois autorisé à dire que leur guérison est définitive.

M. Hartmann. — Je ne veux pas refaire devant vous toute l'histoire des uronéphroses et désire borner ma communication à quelques réflexions que m'a suggérées l'observation de deux malades que j'ai eu récemment l'occasion de traiter et de suivre.

Dans l'un de ces cas il s'agissait d'un homme vigoureux, âgé de vingt-cinq ans, n'ayant pas les chairs flasques que présentent souvent les malades porteurs d'un rein mobile et qui néanmoins était atteint d'uronéphrose intermittente dans un rein mobile à gauche, fait qui évidemment est rare.

Chez ce malade, après avoir mis le rein à nu par une incision lombaire, j'ai constaté que la branche inférieure de l'artère rénale,

accompagnée de la veine correspondante, se jetait dans le rein en arrière du bassinet, que l'uretère se coudait sur ce pédicule vasculaire; *la dilatation uronéphrotique commençait très exactement au niveau du point de croisement de ce pédicule vasculaire et du conduit urétéro-pyélique.* Une fois les vaisseaux libérés et sectionnés, l'urine de la poche pyélique s'est écoulée dans l'uretère vers la vessie. J'ai donc fait une constatation anatomo-pathologique identique à celles de notre collègue Bazy. La coudure tendait à devenir définitive, les vaisseaux adhéraient au point de croisement et, avant de les lier et de les sectionner, j'ai dû les séparer au bistouri du bassinet auquel ils étaient déjà soudés par un tissu fibreux assez résistant.

J'arrive maintenant à un second point, à l'affirmation posée par M. Delbet que « *les séparateurs sont dans certains cas inférieurs au cathétérisme des uretères et qu'il faut surtout se défier de leurs renseignements négatifs* ».

Notre collègue Delbet avait pensé être en droit de poser cette affirmation parce qu'après résection d'une poche uronéphrotique et implantation secondaire de l'uretère sectionné, l'application successive du diviseur Cathelin et du séparateur Luys avaient montré l'absence de tout écoulement d'urine du côté opéré alors que le cathétérisme de l'uretère avait établi que le rein malade fonctionnait et qu'il n'y avait qu'une différence, une diminution notable de la teneur en urée du côté opéré.

M. Delbet n'a évidemment pas encore dans la séparation intra-vésicale des urines la confiance absolue que donne l'observation de plusieurs centaines de cas. S'il l'avait eue, il aurait, au lieu de suspecter les résultats obtenus, cherché l'explication de la discordance entre les résultats de la séparation intra-vésicale et ceux du cathétérisme de l'uretère et, avec son esprit sagace, il l'aurait certainement trouvée.

J'ai eu il y a quelques mois l'occasion de suivre une malade dont l'observation peut à bien des points de vue se superposer à la sienne et qui m'amène à une conclusion diamétralement opposée : « *Les séparateurs sont très supérieurs au cathétérisme de l'uretère et seuls ils permettent de rendre compte de la manière dont se fait l'excrétion des reins uronéphrotiques.* »

Le cathétérisme redresse les courbures, il supprime les rétentions, qui sont sous leur dépendance et il fait croire à une évacuation normale des poches uronéphrotiques alors que, dans la réalité, ces poches sont le siège de rétentions intermittentes.

Le fait était évident chez une de nos malades que nous avons opérée pour une hydronéphrore du rein droit.

Chez cette femme de trente-cinq ans, entrée dans mon service pour des phénomènes de cystite, des urines troubles et de l'amai-

grissement, l'application du séparateur Luys donna les résultats suivants :

Première séparation.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	—	—
Quantité	2 c. c. 5.	6 centim. cubes.
Couleur	Presque incolore.	Jaune paille.
Urée.	3 gr. 84 par litre.	17,93 par litre.
Dépôt	Pus.	Nul.

Le séparateur enlevé, on constatait que sur le côté droit de la membrane seul se trouvaient des grumeaux épais et adhérents.

Deuxième séparation. — Celle-ci est faite une heure après l'injection sous-cutanée de 0,05 centigrammes de bleu de méthylène,

Quantité	15 centim. cubes.	8 centim. cubes.
Couleur	Jaune très pâle.	Vert clair.
Urée.	5 gr. 76 par litre.	12,19 par litre.
Dépôt	Pus.	Rares leucocytes.

Dans ces conditions, le 5 janvier 1904, j'opère la malade :

Par une incision fortement oblique le rein est mis à nu sur ma malade, et amené dans la plaie. Il est mou, mais son parenchyme semble partiellement conservé. Le bassinet très dilaté, hydronéphrotique se continue avec un uretère de dimensions normales. Sur l'uretère, immédiatement au-dessous du point où ce conduit se détache du bassinet, une petite incision longitudinale est faite; une bougie engagée pénètre dans le bout inférieur jusque dans la vessie, mais il est impossible d'engager même une bougie filiforme dans le bassinet. La jonction pyélo-urétérale est alors incisée, longitudinalement et suivant l'axe de l'uretère, puis une sonde est placée dans l'uretère et sur cette sonde les lèvres de l'incision longitudinale sont rapprochées par trois catguts et suturées transversalement.

Le rein est alors replacé dans sa loge; un gros drain appliqué contre le rein draine l'intérieur de la capsule adipeuse. Le reste de la plaie est réuni.

Le cathéter urétéral, ramené par l'urètre, est laissé dans l'uretère droit pendant deux jours, ce qui permet de réaliser la séparation des urines d'une façon continue.

Des échantillons divers, prélevés sur ces urines et analysés par le Dr Mauté, donnent les résultats suivants :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Le 7 janvier, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du matin.		
Volume	Inconnu.	Inconnu.
Δ	82.	192.
Le 7 janvier, de 10 h. 40 à 11 h. 10.		
Volume	11 centim. cubes.	5 c. c. 8.
Δ	79.	194.
Urée.	10 gr. 50.	26 gr. 12.
Le 7 janvier, de 2 heures à 2 h. 1/2.		
Volume	10 centim. cubes.	25 centim. cubes.
Δ	76.	188.

$$\frac{\Delta V \text{ Rein droit}}{\Delta V \text{ Rein gauche}} = 0{,}16.$$

Le 7 janvier, de 5 heures à 5 h. 1/2.		
Volume	12 c. c. 5.	14 centim. cubes.
Δ	73.	182.
Urée.	12 gr. 10.	25 gr. 50.

$$\frac{\Delta V \text{ Rein droit}}{\Delta V \text{ Rein gauche}} = 0{,}35.$$

Urines de 24 heures du 6 au 7 janvier.		
Volume	Inconnu.	Inconnu.
Δ	74.	175.
Le 8 janvier, de 8 h. 50 à 9 h. 20 du matin.		
Volume	8 centim. cubes.	15 centim. cubes.
Δ	74.	208.

$$\frac{\Delta V \text{ Rein droit}}{\Delta V \text{ Rein gauche}} = 0{,}18.$$

Urine totale de 24 heures du 7 au 8 janvier.		
Volume	360 centim. cubes.	465 centim. cubes.
Δ	76.	168.
Urée.	13 gr. 57.	28 gr. 00.

$$\frac{\Delta V \text{ Rein droit}}{\Delta V \text{ Rein gauche}} = 0{,}35.$$

Comme conclusion, nous pouvons dire : qu'on ait examiné dans ce cas les urines recueillies séparément de chacun des deux reins pendant une demi-heure ou pendant vingt-quatre heures, le résultat a été toujours le même et on a trouvé constamment une

différence très marquée en faveur du rein gauche, constatations qui, soit dit en passant, montrent que l'examen chimique de l'urine séparée pendant une période de temps limité donne toujours des résultats à peu près identiques, suffisants par conséquent pour établir un diagnostic.

J'enlève le cathéter urétéral le quatrième jour, la malade guérit sans incident. Ces jours-ci elle revient se plaignant toujours d'un peu de cystite.

Par pure curiosité, *la malade ne se plaignant aucunement de son rein*, dont elle n'a plus souffert depuis l'opération, nous réappliquons le séparateur Luys. A notre grand étonnement, alors que la sonde gauche donne régulièrement de l'urine claire, normale, *la sonde droite ne donne pas une goutte de liquide.* Et cependant la malade n'a jamais souffert du rein droit depuis l'opération, et l'on ne sent pas le rein au palper.

Nous relevons alors le contour de la fosse lombaire avec la main placée dans la fosse iliaque et ramenée progressivement de bas en haut.

Immédiatement et comme nous l'avions déjà noté dans un certain nombre de cas d'uronéphrose légère dans des reins mobiles, nous voyons un flot de liquide couler par la sonde du côté droit.

Finalement, nous arrivons au résultat suivant.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	—	—
Quantité.	6 centim. cubes.	9 centim. cubes.
Aspect.	Pâle, trouble.	Jaune, limpide.
Urée par litre. . .	14 gr. 09.	24 gr. 97.

La simple élévation du rein nous a donné un résultat identique à celui qu'aurait donné le cathétérisme de l'uretère, si, comme M. Delbet, *sans soulever le rein et après avoir constaté l'absence de tout écoulement à droite, nous avions pratiqué ce cathétérisme.*

L'uretère est resté perméable après notre pyélo-urétérostomie, mais il se coude et l'anastomose fonctionne mal. La séparation le montre, le cathétérisme urétéral pratiqué seul nous aurait, à tort, fait croire que l'anastomose fonctionnait bien. La séparation permet donc de se rendre compte, mieux que le cathétérisme urétéral, du résultat fonctionnel réel d'une opération plastique.

Elle permet de même de faire d'une manière précise le diagnostic des rétentions intermittentes, avant l'opération, pour peu qu'au cours de la séparation on ait recours à l'élévation du rein, qui redresse le coude de l'uretère. Je vous en donnerai comme preuve

l'observation du malade dont je vous ai il y a quelques instants parlé au point de vue anatomique : un jeune homme de vingt-cinq ans nous est adressé par le Dr Barbellion pour des crises douloureuses siègeant dans la fosse iliaque droite, crises accompagnée s de la formation d'une tumeur.

Le 26 février dernier, M. Luys applique son séparateur chez ce malade.

	REIN GAUCHE	REIN DROIT
	—	—
Quantité	Néant.	6 centim. cubes.
Aspect	»	clair, légèrem. trouble.
Urée par litre. . .	»	11 gr. 52.
Dépôt	»	Rares leucocytes.

Le cathétérisme de l'uretère évacue à gauche 150 centimètres cubes d'urine, contenant 7 gr. 68 d'urée par litre.

Le 4 mars, deuxième application du séparateur.

	REIN GAUCHE	REIN DROIT
	—	—
Quantité	1 centim. cube.	19 centim. cubes.
Aspect	Incolore.	Jaune.
Urée par litre. . .	»	5 gr. 12.

On relève alors la région rénale gauche.

Quantité	6 centim. cubes.	17 centim. cubes.
Aspect	Incolore.	Jaune clair.
Urée par litre. . .	5 gr. 12	8 gr. 91.

J'ai opéré le malade, trouvé une artère anormale comme je vous l'ai dit, je l'ai coupée entre deux ligatures et immédiatement le bassinet s'est vidé. J'ai ensuite fixé le rein en bonne situation. Le malade est actuellement guéri et n'a plus eu de crises depuis lors, soit depuis plus de deux mois.

Je crois que toutes les fois qu'on se trouve en présence de pareilles constatations anatomiques, ce mode opératoire, section de la bride vasculaire, puis néphropexie, est plus simple et supérieur dans ses résultats aux opérations plastiques.

Communications.

M. Riche lit une note sur une *Plaie du cœur.* — Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

Sur le traitement chirurgical d'une méningite consécutive à une fracture de la base du crâne,

par M. A. MIGNON.

L'ouverture du crâne, l'incision et le drainage des méninges constituent un traitement tellement rationnel des complications infectieuses des fractures de la base du crâne que le principe en semble indiscutable. Les auteurs modernes rapprochent avec raison l'affection des méninges de l'infection des autres séreuses et admettent qu'on applique aux méninges le traitement appliqué aujourd'hui sans conteste au péritoine, à la plèvre, au péricarde ou aux synoviales articulaires.

Mais les conditions anatomiques particulières de la séreuse endocrânienne ont retenu jusqu'ici beaucoup de chirurgiens, et l'histoire de la trépanation du crâne pour méningite après fissure de la base, sans lésion apparente de la voûte, n'est pas longue à écrire. Autant on s'empresse d'intervenir dans les cas d'infection provoquée par un enfoncement de la voûte, autant la gravité du pronostic des méningites traumatiques basales impose de réserve aux chirurgiens.

Je crois d'ailleurs, si j'en juge par mes observations personnelles, qu'il y a eu plus d'opérations pratiquées que la littérature médicale ne le laisse supposer; car on ne publie pas les cas où l'intervention est restée sans effet.

Les succès obtenus en France et à l'étranger peuvent se compter sur les doigts. Le plus connu en France est celui que M. Poirier vous a communiqué dans la séance du 16 janvier 1901.

Je vous demande la permission de vous présenter un autre cas d'intervention favorable pour des accidents méningés consécutifs à une fracture de l'étage antérieur du crâne.

La cause de la fracture est un peu exceptionnelle : A..., âgé de vingt-trois ans, brigadier dans un régiment de cuirassiers, était le 13 février 1904 de planton à la porte principale d'un quartier de

cavalerie, lorsque brusquement, et sous un coup de vent violent, les battants ouverts de la lourde porte de fer se fermèrent. A*** voulut les empêcher de se rencontrer; mais, en s'avançant, il eut la tête prise entre les deux battants. Il tomba à terre et perdit connaissance.

A l'arrivée du blessé à l'hôpital, quelques instants après l'accident, on constata de chaque côté du front deux petites plaies superficielles verticales et symétriques. C'était évidemment aux extrémités du diamètre transversal du front que la tête avait été serrée. Les paupières des deux yeux étaient le siège d'une ecchymose énorme qui en rendait difficile l'écartement avec les doigts. Le sang coulait abondamment par le nez, mais il n'y avait rien du côté des oreilles. L'état général du blessé se distinguait par une légère excitation : il remuait les bras et les jambes et paraissait avoir un peu de subdélire. Il demandait constamment à boire, se plaignait de douleurs vives dans les régions antérieure et latérales de la tête et vomissait dès qu'on le soulevait. Le pouls était lent (44), la respiration irrégulière et profonde. Je fis le diagnostic de fracture de l'étage antérieur du crâne avec ouverture de l'éthmoïde.

Le 14 février, continuation de l'hémorragie nasale, et vomissements fréquents.

Le 15 et le 16, arrêt des vomissements. Calme du malade grâce à la morphine. Apparition d'une ecchymose sous-conjonctivale à droite. Amaurose complète de l'œil droit. Pouls à 48. Un peu de Cheyne-Stokes. Je remarque à la contre-visite du 16, que le malade est couché en chien de fusil et présente le signe de Kernig.

Dans la nuit du 16 au 17, l'agitation s'accentue : le malade tente à chaque instant de sortir de son lit. On fait une première injection de morphine à dix heures du soir, et il faut en faire une seconde à trois heures du matin, à cause des plaintes et des cris répétés.

Le 17 au matin, à l'heure de la visite, et le quatrième jour du traumatisme, la situation me semble très aggravée. A... gémit constamment et pousse des cris qui ressemblent aux cris encéphaliques. Il souffre atrocement, dit-il, de la tête, et ne peut allonger les jambes.

Le signe de Kernig est, en effet, des plus accentués. De temps à autre, il a des idées incohérentes, et la sœur du service a remarqué qu'il délirait depuis la veille au soir. Les bras et les jambes sont constamment en mouvement et les contractions se sont étendues aux muscles de la mâchoire inférieure, qui tantôt s'abaisse et tantôt se déplace latéralement. On constate aussi une légère dévia-

tion en haut de la commissure labiale droite. Les deux pupilles, d'une dilatation égale de trois millimètres, sont immobiles, même la gauche. Photophobie marquée. Quant à la température, elle dépasse la normale pour la première fois et est à 38 degrés; le pouls est monté de 48 à 76.

J'ai vu dans cet ensemble de symptômes un début d'infection méningée : nous étions au quatrième jour de la maladie, et, en même temps que la température s'élevait, les signes de l'irritation des méninges se multipliaient : cris encéphaliques, douleurs intenses de la tête, troubles moteurs des membres et de la face, dilatation des pupilles, photophobie.

La double trépanation du crâne et le drainage des méninges m'ont semblé seuls capables d'enrayer l'infection et de sauver le malade. Je suis intervenu dans la matinée du 17; et j'ai commencé par le côté droit. J'ai gougé le crâne un peu en avant et au-dessus de l'attache supérieure du pavillon de l'oreille dans l'étendue d'une pièce de deux francs, me tenant ainsi en arrière de la branche antérieure de la méningée moyenne. Un épanchement sanguin d'une épaisseur de deux millimètres environ existait entre l'os et la dure-mère. Je l'ai enlevé avec la curette aussi loin qu'a porté l'instrument. J'ai incisé la dure-mère, qui avait un aspect ardoisé et qui ne battait plus. Le premier coup de pointe donna issue à un écoulement séro-sanguinolent en jet, tant était grande la pression sous dure-mérienne. J'enfonçai facilement six centimètres d'un petit tube à drainage dans la direction de l'étage antérieur du crâne.

La trépanation du côté gauche fut faite comme celle de droite : il n'y avait pas de sang sous le crâne, mais la dure-mère était violacée et sans battement. Je l'ouvris et la drainai comme à droite.

Les deux plaies du cuir chevelu sont restées ouvertes : pas de suture.

J'avais fait prendre au cours de l'opération deux pipettes du liquide sanguin sortant par les incisions de la dure-mère. Mais cette prise de sang n'a pas été faite dans des conditions satisfaisantes. Mon aide a plutôt recueilli du sang amassé dans la brèche osseuse que le liquide épanché sous la dure-mère. Aussi ai-je fait pratiquer le surlendemain de l'opération une ponction rachidienne dont je donnerai plus loin le résultat.

L'opération a eu des suites très avantageuses.

Le malade a dormi sous l'influence du chloroforme jusqu'à trois heures de l'après-midi. Il a été tranquille à son réveil et a répondu raisonnablement à sa famille. L'agitation est cependant revenue vers dix heures du soir et a nécessité une injection de morphine.

Le 18 février, vingt-quatre heures après l'opération, l'état du malade est très bon. Température, 37°4. Pouls, 60. Pas d'agitation, Plus de cris. Plus de mouvements de mastication. Douleurs de tête atténuées. Signe de Kernig un peu moins prononcé que la veille. Le pansement est traversé par une abondante sérosité roussâtre et je constate à sa réfection qu'il suffit d'appuyer un peu fort sur les régions trépanées pour provoquer un mouvement de flexion des membres inférieurs tellement brusque qu'on le croirait produit par un courant électrique.

Le 19, l'amélioration s'accentue. Le sommeil est naturel pour la première fois depuis l'accident. Température, 37°4. Pouls, 56.

Le 20, la guérison semble assurée. Le malade n'éprouve plus qu'une petite douleur du côté droit. La température redevient normale.

La réaction pupillaire gauche n'a reparu que le lendemain. Le signe de Kernig a persisté sept jours après l'opération. Les drains ont été retirés le huitième jour. Le premier lever s'est fait le douzième jour. La cicatrisation des plaies a été régulière.

A... est maintenant rentré dans la plénitude de ses facultés cérébrales. Il conservera de son grave traumatisme une anosmie presque complète et une atrophie complète de la papille droite produite probablement par une hémorragie de la gaine du nerf optique. L'évolution de cette atrophie a été suivie jour par jour par M. Toubert : elle a été complète en vingt jours.

Il me reste, pour terminer cette observation, à vous faire connaître le résultat des examens bactériologiques du sang pris au moment de l'opération et du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire deux jours après l'opération.

L'ensemencement du sang de la trépanation n'a pas donné lieu à des cultures, comme je l'avais prévu. Mais l'examen du liquide céphalo-rachidien a été tellement probant que je copie *in extenso* la note que mon collègue M. Dopter m'a remise.

« La ponction lombaire a permis de recueillir 10 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien clair, transparent, et de teinte ambrée. Pas trace d'albumine par le chauffage.

A la centrifugation, culot peu abondant : éléments cellulaires représentés par des globules rouges, des polynucléaires et des lymphocytes dans la proportion de 80 globules rouges, pour 16 polynucléaires et 4 lymphocytes.

L'abondance et la proportion énorme des leucocytes polynucléaires montrent que les méninges ont été enflammées et qu'il s'agit d'un processus aigu.

L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien a donné lieu en vingt-quatre heures à une culture de pneumocoques virulents

dont l'injection à une souris a tué l'animal en vingt heures. »

Le diagnostic clinique d'infection méningée se trouve, à mon avis, confirmé par l'état anatomo-pathologique des méninges constaté au moment de l'opération et par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Le pneumocoque n'est pas un germe phlogogène assez banal pour attribuer sa présence dans le liquide céphalo-rachidien à un accident opératoire : il est entré dans les méninges par l'effraction de la pituitaire et de l'ethmoïde.

Je me crois donc autorisé à rapporter la guérison de mon malade au traitement chirurgical, à moins d'admettre, avec certains auteurs, que le seul fait de la guérison d'un état méningé prouve que l'on n'a pas eu affaire à une méningite, mais à du méningisme. Cette objection serait en apparence utilement appuyée sur un cas de M. le Dr Sabadini. Notre confrère a en effet publié dans le *Bul. méd. de l'Algérie* de 1898 une observation très voisine de la mienne : le blessé guérit complètement et sans intervention, après avoir présenté de l'élévation de température, une dilatation légère des pupilles et le signe de Kernig. Mais il me semble que si j'avais attendu l'évolution de la maladie pour savoir si mon blessé avait du méningisme et non de la méningite, j'aurais couru grand risque de voir mon diagnostic de méningite se confirmer par l'aggravation progressive des accidents.

Je reconnais volontiers que je me suis trouvé en présence d'un cas favorable par la nature de l'agent de l'infection et le siège initial de cette infection. Le pneumocoque est le moins virulent des agents phlogogènes et la décompression des méninges a suffi à enrayer son action nocive. De même les traumatismes ouverts de l'étage antérieur du crâne sont moins graves que les traumatismes de l'étage moyen. Il est évident que le traitement chirurgical des méningites traumatiques ne pourra être suivi de succès qu'autant que les désordres endocraniens ne seront pas primitivement trop étendus. La trépanation ne sera probablement jamais applicable qu'à un petit nombre de cas; et c'est pour permettre de préciser plus tard les conditions favorables à l'intervention que je vous ai fait connaître l'observation précédente.

M. Moty. — J'ai cité, il y a quelque temps, une observation qui a quelque analogie avec celle de M. Mignon : en nettoyant son fusil, un homme s'en était enfoncé la baguette dans la narine droite et avait eu beaucoup de peine à la retirer ; méningite cérébro-spinale consécutive, trépanation à droite seulement, le cinquième jour, à la cocaïne, au milieu d'accidents les plus graves. Il semble y avoir hyperesthésie osseuse. Ouverture de la dure-mère et drai-

nage au moyen d'un rouleau de crins. Au bout de quarante-huit heures, chute de la température et disparition progressive des douleurs ; mais le trajet du petit drain, tombé le quatrième jour, ne se ferma que le vingt et unième jour ; de plus, des troubles trophiques cutanés, généralisés, ont apparu dans la suite et persisté pendant un an au moins. L'intervention date actuellement de quatre ans.

Rapport.

Trépanation tardive pour ramollissement cérébral traumatique, par le Dr Ardouin (de Cherbourg).

Rapport par M. F. LEGUEU.

Dans la séance du 16 décembre 1903 M. Ardouin nous communiquait une observation intéressant la chirurgie des traumatismes craniens. Je vais la rapporter brièvement.

Le 14 juillet 1902, je suis appelé par un de mes confrères, le Dr Poret dans les conditions suivantes : M. T..., trente-deux ans, fermier vigoureux, grand et fort, est trouvé sans connaissance le 12 juillet au soir sous sa voiture, dans une remise. Les circonstances permettent de supposer qu'il a dû recevoir sur la tête un coup de pied de cheval. Le Dr Poret l'examine le même jour et constate une plaie du cuir chevelu un peu en arrière du front à droite; l'entrebâillement de la plaie permet de voir et de sentir au doigt une fracture du crâne. Lorsque le blessé revient à lui, il éprouve une certaine difficulté à parler et à se mouvoir.

Le lendemain, 13 juillet, l'état du malade s'améliore et je le vois le surlendemain de l'accident, 14 juillet. A ce moment le blessé a recouvré toute sa connaissance, il parle très facilement, comprend parfaitement les questions qu'on lui pose, ne peut donner aucun renseignement précis sur la nature de son accident, n'a plus aucune gêne des mouvements ni à gauche ni à droite; bref, il n'existe aucun signe fonctionnel de fracture du crâne ou de compression cérébrale. Sur le côté droit de la tête se trouve une plaie transversale parallèle au front et à 6 centimètres environ en arrière de lui, longue de 6 à 7 centimètres, venant aboutir en dedans à la ligne médiane, absolument rectiligne, et dont les bords sont déjà en voie de réunion. Après un nettoyage soigné, je décolle doucement les lèvres de la plaie et avec l'index je sens nettement la surface du crâne brisée, tranchante, et immédiatement en arrière un brusque ressaut, un enfoncement qu'il s'agit de redresser, bien qu'il n'y ait actuellement aucun symptôme fonctionnel.

Sous le chloroforme j'agrandis la plaie de façon à la rendre demi-circulaire et à récliner facilement la peau en arrière. Je tombe sur une large esquille qui a glissé entre le frontal et la dure-mère et je suis obligé pour la soulever et l'extraire de réséquer une petite partie du frontal à la gouge et au maillet. La fracture est nette sans aucune fissure de voisinage. L'esquille principale est ovalaire, de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, elle comprend dans son épaisseur les deux tables de l'os. Je trouve encore trois autres petites esquilles détachées, la grande seule adhère à la dure-mère par une grosse veine qui donne un peu de sang après l'ablation. Je laisse à ce niveau une petite mèche de gaze stérilisée qui servira à une compression légère et au drainage, et je ferme le reste de la plaie cutanée par-dessus la brèche osseuse, le péricrâne directement en contact avec la dure-mère. Réunion par première intention.

Les suites de l'opération sont aussi simples qu'on peut l'imaginer et le malade reprend rapidement toutes ses occupations. Bien qu'on lui ait recommandé une certaine prudence, le malade fait l'ouverture de la chasse comme il en avait l'habitude. Mais le 28 septembre 1902, c'est-à-dire plus de deux mois après le premier accident, notre homme fait une violente chute en sautant un fossé, sans pouvoir dire si la tête a porté à terre, et rentre chez lui. Dans la nuit suivante se produisent des vomissements dont il n'a pas conscience.

Le médecin appelé pense alors qu'il s'agit simplement d'une indigestion, prescrit un purgatif et ordonne le repos. Cependant, deux jours plus tard, le malade perd subitement connaissance, est agité de mouvements convulsifs généralisés avec morsure de la langue et écume à la bouche. Plusieurs crises semblables se reproduisent en peu de temps ; chacune est précédée de douleurs dans la jambe gauche (côté opposé au traumatisme cranien) remontant dans la cuisse et le bras gauches. Puis le malade perd tout souvenir de ce qui lui arrive.

Le 1[er] octobre, les mouvements convulsifs se localisent au côté gauche du corps (épilepsie jacksonnienne) et sept ou huit crises se produisent dans la journée. Le 6 octobre les crises ont cessé et ont fait place à une légère parésie des deux membres gauches, le malade exécute assez bien tous les mouvements, mais la force musculaire est notablement diminuée. Le 9 octobre les membres gauches sont complètement paralysés, la sensibilité persiste.

Le 11 octobre je vois le malade et constate une hémiplégie flasque gauche sans participation de la face, sans anesthésie à la piqûre, à la chaleur ou au froid. Etat mental excellent. Le rectum et la vessie fonctionnent bien, la respiration est normale, le pouls bat 90 à la minute, la température axillaire est de 37°8. Le blessé n'a pas eu de crises épileptiformes depuis l'apparition de la paralysie. Je vois de plus que la cicatrice de l'intervention précédente (14 juillet) est en parfait état et ne semble pas en cause ; la brèche osseuse située très en avant des centres rolandiques paraît diminuée, son bord antérieur est à 10 centimètres de l'angle fronto-nasal, sa largeur est de 3 centimètres et demi. La pression ne détermine aucun incident. Je pense qu'il peut s'agir

d'un hématome traumatique au niveau des centres rolandiques, mais bien plus probablement d'une lésion destructive tardive sous la dépendance du coup de pied de cheval du 12 juillet. Je décide de faire la trépanation à cause de l'aggravation progressive.

Le 15 octobre 1902, je pratique cette opération. J'applique au niveau du siège des centres moteurs, c'est-à-dire notablement en arrière du siège de l'esquille enlevée précédemment trois couronnes de trépan ; le pariétal a son épaisseur et sa consistance normales. J'incise la dure-mère et constate que le cerveau fait immédiatement hernie. J'écarte doucement les lèvres de mon incision dure-mérienne, et à la partie postéro-supérieure de la brèche cranienne, j'aperçois un point où le cerveau est fraîchement ecchymosé, violacé, dans l'étendue d'un centimètre carré environ. Le tissu est ramolli et l'écorce reste adhérente à une compresse stérilisée qui éponge sans effort. Il en résulte à cette place une petite dépression cupuliforme. Tout autour, les circonvolutions semblent saines. Le petit foyer de ramollissement cortical ayant été découvert et très prudemment nettoyé, je m'arrête et referme la dure-mère à l'aide de catgut, sauf au niveau de ce point. Je laisse une petite mèche de gaze stérilisée qui va jusqu'aux abords du point malade et suture rapidement la peau. Pansement stérilisé légèrement compressif.

Au réveil, l'opéré ne remue pas plus ses membres gauches qu'avant l'opération. Les suites opératoires ne présentent au point de vue local aucun incident.

Au point de vue de l'hémiplégie gauche, nous recevions le 24 octobre, c'est-à-dire neuf jours après l'opération, une lettre du médecin traitant nous annonçant que la paralysie tend à disparaître, que la contraction du quadriceps est très appréciable, que l'opéré fait quelques mouvements du membre inférieur gauche.

Le 3 décembre 1902 (50 jours après l'intervention), l'hémiplégie tend de plus en plus à disparaître ; le malade, sans avoir suivi aucun traitement médical, remue maintenant très bien le bras et la jambe. Il commence à rester assis dans son lit. Seulement, il est survenu de temps en temps des crises épileptiformes intéressant le bras et la jambe gauches ; le blessé ne perd pas connaissance au moment de ses crises ; elles se traduisent par des mouvements saccadés de trois à cinq minutes de durée environ, et semblent s'espacer de plus en plus.

Pendant toute l'année 1903, l'amélioration s'est accentuée progressivement. Tous les mois, à peu près, est survenue une petite crise très courte dans le côté gauche, si courte que le médecin n'a jamais pu la contrôler. Le malade a repris toutes ses occupations.

Vers le 15 janvier 1904, crise d'épilepsie jacksonnienne.

Vers le 6 février, une autre crise, et depuis plus rien.

Ces deux crises ont duré bien moins longtemps que les autres. Du reste, le malade lui-même reconnaît qu'il n'a plus, après la crise, la même fatigue qu'il éprouvait auparavant. L'accès commence toujours par le pied gauche et passe ensuite au bras du même côté.

La force musculaire est revenue. Il marche bien, sans hésitation

comme il faisait avant l'accident. Il soulève de son bras gauche un poids aussi lourd que par le passé.

L'état général est bon.

Le caractère, qui s'était modifié après l'accident, revient ce qu'il était auparavant. D'une nature violente et irascible pour la moindre cause, il est redevenu calme.

En somme, le résultat est aussi satisfaisant que possible.

M. Ardouin se demande si le foyer de ramollissement qu'il a trouvé lors de sa seconde opération était consécutif au premier ou au second traumatisme. En un mot, la seconde chute a-t-elle été cause ou effet? Il est on ne peut plus vraisemblable, pour ne pas dire certain, que la chute a été effet et non cause, et que le foyer de ramollissement était déjà constitué après le premier traumatisme. L'absence de coma après la seconde chute, la faiblesse du choc, tout indique que la chute n'était que le premier indice d'une lésion cérébrale qui commençait à se révéler, alors qu'elle existait depuis déjà longtemps. Elle était restée latente, mais nous sommes habitués à voir des lésions de ce genre rester pendant un certain temps latentes, jusqu'au jour où elles se révèlent brusquement par des symptômes extérieurs.

M. Ardouin, en trépanant à deux reprises, n'a fait qu'appliquer les règles les plus formelles de la chirurgie cranienne et je craindrais de le diminuer en l'en félicitant à l'excès. Si, après une trépanation primitive pour enfoncement avec plaie, des accidents nouveaux se sont ultérieurement développés, cela prouve qu'on n'est pas toujours récompensé d'avoir bien agi; la chirurgie cérébrale réserve des surprises. Mais s'il avait ouvert la dure-mère, — et il n'y avait aucune raison pour cela, — il n'aurait pas trouvé la lésion qui devait donner lieu plus tard à de nouveaux accidents.

Et, lors de sa seconde trépanation, M. Ardouin a bien fait de négliger le lieu initial de la première intervention pour se reporter à la région du signal-symptôme, et là ouvrir la dure-mère; c'est là qu'il devait trouver, et qu'il a effectivement trouvé, la lésion cause de l'épilepsie.

Quel a été le rôle de l'intervention opératoire dans la guérison? Rôle de décompression, pense M. Ardouin : un point ramolli de l'écorce cérébrale, au niveau où la zone rolandique, a été enlevé et le cerveau a été décomprimé par l'incision de la dure-mère; et, ce qui le prouve, c'est qu'après l'ouverture de la dure-mère le cerveau faisait hernie. C'est possible, mais il ne faut pas oublier non plus que le crâne était déjà ouvert et, qu'au niveau de la première trépanation, il y avait une ouverture assez large et par conséquent comme une soupape de sûreté pour la pression intra-

cranienne. Je me demande donc s'il faut chercher une explication et s'il ne vaut pas mieux se borner à constater l'irritation que de semblables foyers corticaux exercent sur le cerveau, la paralysie qu'ils y déterminent ultérieurement et enfin l'utilité qu'il y a toujours à y remédier par l'opération.

Le résultat n'est pas immédiat, mais il est progressif; la paralysie disparaît, les mouvements convulsifs s'éloignent. La réparation se fait dans un ordre inverse de la destruction : tandis qu'avant l'opération l'irritation précède la paralysie, après on voit le retour des mouvements en premier lieu, et les crises de convulsion reparaissent de temps en temps, très éloignées.

L'observation de M. Ardouin vient donc s'ajouter à celles, déjà nombreuses, dans lesquelles une série d'interventions judicieuses et bien conduites a permis de guérir des lésions complexes et difficiles.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser à M. Ardouin nos remerciements et nos félicitations.

Présentations de malades.

Epithélioma.

M. Jayle présente une jeune femme de vingt-six ans chez laquelle il a pratiqué, il y a deux ans et demi, une résection segmentaire de l'S iliaque et du petit intestin pour un épithélioma. La guérison persiste, — M. Hartmann, rapporteur.

Énorme angiome cutané, sous-cutané et profond occupant la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'à la région lombaire et jusqu'au pubis.

M. Chaput. — Je vous présente un malade de trente-quatre ans, dont je fournirai l'observation complète dans la prochaine séance. Ce malade présente, dans la région du flanc droit, une large tache érectile violacée mesurant 21 centimètres sur 13. Au-dessous, existe une tumeur résistante de nature angiomateuse, qui occupe toute l'épaisseur de la région et se continue avec une masse sous-cutanée siégant dans la région lombaire, du volume d'une pomme.

En avant et en dedans, la tumeur se prolonge dans le canal inguinal et jusqu'en dehors de l'anneau inguinal. Il n'y a ni battements ni souffle. La jambe droite est un peu raccourcie et atrophiée. La tumeur ne saigne pas, ne s'accroît pas sensiblement et n'est douloureuse que dans la région inguinale.

Je pense que ce malade n'est pas justiciable du traitement sanglant, et je lui ai conseillé simplement le traitement par l'électrolyse. Je serais heureux d'avoir, sur ce point, l'opinion de mes collègues.

M. Félizet. — J'ai vu récemment deux cas d'angiome volumineux et saillants dans la région inguinale.

Le développement avait été rapide et je crus devoir intervenir.

Il s'agissait d'un garçon de six ans et d'une fillette de quatre ans.

Chez le garçon, l'ablation fut faite en partant de la partie la plus élevée de la tumeur, j'extirpai l'angiome et je m'aperçus qu'il existait un prolongement en doigt de gant, emplissant et élargissant le trajet inguinal, avec son élection sur les vaisseaux du cordon. Suites simples.

Chez la fillette, aucun prolongement dans le trajet inguinal; l'extirpation me conduisit jusqu'à la trompe angiomateuse, que je traitai par une ligature; l'enfant succomba rapidement.

Dans ces deux observations, il m'a semblé certain que le point de départ de l'angiome était le cordon.

M. Lucas-Championnière. — Dans un cas semblable à celui de M. Chaput, je me décidai à pratiquer une désarticulation de la hanche. L'angiome embrassait toute la hanche, les bourses, le périnée. La guérison fut obtenue trois mois après une série d'opérations secondaires, de cautérisations au thermocautère pour détruire les vestiges de la tumeur subsistant encore après la désarticulation.

Corne cutanée du tronc.

M. Rochard. — J'ai l'honneur de vous présenter une corne cutanée que j'ai enlevée sur une femme de soixante-deux ans. Cette excroissance cornée recourbée en forme de corne de bélier et mesurant environ 8 centimètres reposait sur une base d'implantation large de 6 centimètres environ et de laquelle partait une

autre production semblable, placée par conséquent à côté de la première, mais celle-ci s'est brisée et la malade l'a égarée.

C'est à l'âge de quinze ans que pour la première fois se montra une tumeur ronde mobile, qui n'était qu'un kyste sébacé.



Il resta stationnaire pendant vingt-cinq ans. A l'âge de quarante ans, la malade s'aperçut qu'il commençait à grossir, et dix ans plus tard une incision cruciale donna issue à de la matière sébacée en grande quantité. Petit à petit la production cornée se montra et arriva à de telles proportions que la malade vint me demander de l'en débarrasser, ce que j'ai fait il y a quinze jours.

Présentation d'instrument.

Le peroxyde de zinc en chirurgie.

M. Chaput. — Le peroxyde de zinc découvert par Élias est une poudre blanche dont la formule chimique est ZnO^2. C'est de l'oxyde de zinc suroxydé qui n'a qu'une faible adhésion à son deuxième atome d'oxygène, lequel se dégage avec une assez grande facilité.

Les chirurgiens apprécient infiniment l'eau oxygénée qui est

un des meilleurs antiseptiques connus; malheureusement, l'eau oxygénée n'est utilisable que sous la forme temporaire des bains. Sous forme de pansements humides, elle est mal tolérée à cause de son acidité et aussi parce que l'eau est un poison pour nos cellules. Comme elle dégage rapidement son oxygène, elle n'a bientôt plus d'autre valeur que celle de l'eau simple.

Depuis longtemps, je demandais aux chimistes une substance pulvérulente, non irritante pour les tissus et capable de dégager de l'oxygène d'une manière prolongée au contact des plaies.

J'ai donc saisi avec empressement l'occasion d'essayer la valeur du peroxyde de zinc, qui semblait devoir répondre à tous mes désirs.

Mes recherches ont été favorisées par M. le directeur général de l'Assistance publique qui a bien voulu m'accorder une provision de peroxyde; je tiens à l'en remercier. Je dois aussi des remerciements à M. Bocquillon qui en a mis gracieusement de grandes quantités à ma disposition.

Les antiseptiques pulvérulents destinés au traitement des plaies doivent posséder les qualités suivantes : ne pas être toxiques, ni caustiques, ni irritants, être stérilisables par la chaleur.

Le peroxyde de zinc n'est pas plus toxique que l'oxyde de zinc dont les propriétés sont bien connues.

Il n'est pas caustique; on peut s'en rendre compte par les réactions chimiques et aussi en le déposant sur la langue qui ne ressent aucune cuisson.

Le peroxyde de zinc n'est pas irritant ; les plaies le supportent très bien, la peau aussi, même les peaux atteintes d'eczéma aigu ou chronique, qu'il améliore merveilleusement.

Le peroxyde est, en outre, stérilisable à l'autoclave à 130 degrés et à l'étuve sèche à 150 degrés; à ces températures, il ne perd qu'une quantité insignifiante d'oxygène.

Je le stérilise dans mon service, sans constater la moindre modification, ni la moindre différence d'action thérapeutique.

In vitro, le peroxyde de zinc ne dégage son oxygène qu'au contact des solutions acides; dans l'organisme, les acides ne sont pas indispensables, car nos cellules sécrètent une sorte de ferment qui décompose le peroxyde et fait dégager son oxygène.

J'ai voulu vérifier si le peroxyde dégageait bien de l'oxygène au contact du pus.

Dans un verre à expérience, je verse de l'eau et quelques grammes de peroxyde; j'y ajoute ensuite un tampon de gaze imprégné de pus provenant d'une plaie bourgeonnante, non septique; aussitôt, on aperçoit un dégagement de fines bulles de gaz, dégagement très sensible, mais beaucoup moins intense que celui de l'eau oxygénée en pareille circonstance.

Il y a donc dégagement d'oxygène au contact du pus, et dégagement lent, persistant, ce qui est une excellente condition pour un pansement permanent.

J'ai employé le peroxyde de zinc pour les plaies fraîches, pour les plaies torpides, pour les brûlures, pour les pansements vaginaux, pour les eczémas.

1° *Plaies fraîches.* — J'ai pansé avec la poudre de peroxyde, deux malades opérées d'astragalectomie, l'une pour tuberculose, l'autre pour pied bot.

Ces plaies se sont très bien comportées et ont guéri rapidement. Je dois noter cependant que le peroxyde rend les tissus exubérants et violacés; malgré cette apparence ces tissus sont très vivants et la guérison se fait plus rapidement qu'avec les autres pansements.

Sur une plaie d'évidement du tarse pour tuberculose, le peroxyde substitué au dermatol améliora sensiblement l'aspect de la plaie et hâta certainement la guérison.

J'ai fait deux fois le drainage vaginal après hystérectomie totale avec de la gaze au peroxyde et le résultat a été excellent; la sécrétion a été modérée et non fétide. Je pense que pour les plaies fraîches la gaze au peroxyde donne de bien meilleurs résultats que la gaze aseptique.

J'ai pansé au peroxyde en poudre une résection de la hanche que j'ai laissée ouverte; quoique la plaie fût énorme la guérison eut lieu en quelques semaines.

Le résultat le plus remarquable que j'aie obtenu avec le peroxyde est relatif à un de mes malades de la ville que j'opérai d'une fistule anale par incision simple. Je lui avais annoncé que la plaie mettrait environ six semaines à guérir. Or cette plaie, pansée avec des mèches enduites de pommade au peroxyde fut guérie en quinze jours. C'est la première fois que je constate une guérison aussi rapide d'une fistule anale traitée par l'incision simple.

Sur un malade atteint d'ostéomyélite de l'os iliaque, traité par l'évidement, le peroxyde a fait merveille, comme si l'infection de la plaie favorisait un dégagement plus intense d'oxygène.

Sur un ancien désarticulé de la hanche auquel je fis un évidement de la cavité cotyloïde, je laissai la plaie ouverte et pansai au peroxyde en poudre; pendant les premiers jours la plaie très vaste sécréta abondamment et présenta un aspect pâle, dû à la couleur du peroxyde délayé, mais la guérison ne s'en fit pas moins très rapidement, plus rapidement qu'avec les autres modes de traitement.

2° *Plaies torpides.* — Le peroxyde m'a donné encore d'excellents résultats dans le traitement des tuberculoses cutanées et dans les ulcères de jambe.

Je citerai en particulier une vieille femme atteinte d'ulcère circulaire de jambe dont je croyais la guérison impossible et qui guérit cependant très rapidement avec le peroxyde. J'ai encore traité par le peroxyde des plaies bourgeonnantes simples : appendicites septiques drainées, amputations du sein suturées incomplètement. Toutes ces plaies ont guéri beaucoup plus rapidement que par le pansement au dermatol ou à la gaze aseptique simple. Chez plusieurs de ces malades l'emploi du peroxyde a été interrompu puis repris, et à chaque fois l'influence excellente de ce produit a été éclatante.

3° *Brûlures anciennes.* — J'ai employé le peroxyde pour les brûlures anciennes et torpides. Sous forme de poudre il ne donne qu'une amélioration passagère ; il donne des résultats admirables aussitôt qu'on l'emploie sous forme de pommade à 10 p. 100. Il faut à chaque pansement déterger la plaie avec de l'huile d'amandes douces qui entraîne l'ancienne pommade ; on remet ensuite de la pommade fraîche après avoir touché la plaie au nitrate ou à la teinture d'iode.

J'ai obtenu des résultats admirables de l'emploi du peroxyde de zinc combiné au traitement mercuriel pour deux vastes brûlures très rebelles et très anciennes, dont l'une, traitée antérieurement par les greffes de Thiersch, ulcérait à nouveau ses anciennes cicatrices.

4° *Pansements vaginaux.* — La gaze au peroxyde est parfaite pour les pansements vaginaux. Je l'ai employée sur une dizaine de malades, et j'en ai été très satisfait.

Dans un cas de colpotomie pour pyosalpinx, j'ai laissé les mèches en place pendant trois jours ; au bout de ce temps, elles étaient très souillées de pus, mais n'exhalaient aucune odeur.

Je pense donc que la gaze au peroxyde remplacera avantageusement, pour les pansements vaginaux, la gaze aseptique qui devient très odorante, ainsi que la gaze iodoformée qui est toxique, irritante, et qui provoque des dermites et des éruptions.

5° *Eczémas. Dermites.* — Les dermites et les eczémas se trouvent très bien des pommades au peroxyde.

J'ai guéri très rapidement deux malades atteints d'eczéma aigu produit par des applications de teinture d'iode ou des pansements humides au sublimé.

Trois malades atteints d'eczéma chronique ont été guéris en quelques jours par la pommade au peroxyde.

Conclusions. — 1° Le peroxyde de zinc est excellent pour le traitement des plaies chirurgicales. Il n'est ni toxique ni caustique, il est stérilisable par la chaleur et dégage de l'oxygène d'une manière prolongée au contact des plaies.

Il n'est pas sensiblement plus coûteux que le dermatol ou l'iodoforme.

2° Sous forme de poudre, de gaze ou de pommade, il donne d'excellents résultats dans le traitement des plaies fraîches, des plaies infectées, des plaies torpides, des eczémas et dermites; pour les pansements utérins et vaginaux, il remplace avantageusement la gaze aseptique et la gaze à l'iodoforme.

Le Secrétaire annuel,

DELORME.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 MAI 1904

Présidence de M. PEYROT.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. SZCZYPIORSKI (de Mont Saint-Martin) intitulé : *Déchirure de l'uretère postérieur compliquant une fracture du bassin. Infiltration urinaire pari-vésicale. Laparotomie. Cathétérisme rétrograde. Guérison.*

Le travail de M. SZCZYPIORSKI est renvoyé à une commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

3° — Un travail de M. VANVERTS (de Lille) intitulé : *Luxation scapulo-humérale compliquée de fracture du col anatomique et des tubérosités. Extirpation de la tête humérale. Résultat fonctionnel excellent. Radiographie.*

Le travail de M. VANVERTS est renvoyé à une commission dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. BARTHÉLEMY GUISY (d'Athènes) à propos d'un nouvel instrument baptisé par son inventeur du nom de *Cystotomo-écarteur*.

Le travail et le cystotomo-écarteur de M. GUISY sont renvoyés à une commission dont M. BAZY est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau un travail qu'il vient de publier sur la *Rachicoccimisation*.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. TUFFIER, au nom de la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Enorme angiome lombo-abdominal (1).

M. CHAPUT. — Le malade, âgé de trente-cinq ans, est bien conformé de tous ses organes.

Les parents ne présentaient pas, au moment où il fut conçu, d'affection spéciale; il est né à terme; pas d'émotions vives pendant la grossesse de sa mère.

Le malade présente une large tache érectile placée à cheval sur la crête et l'épine iliaque droites, qu'elle déborde légèrement en bas; elle empiète notablement en avant sur la fosse iliaque; cette tache violacée est très granuleuse; certaines granulations sont du volume d'un grain de raisin, d'autres comme une tête d'épingle.

La tache mesure 21 centimètres de longueur, sa largeur maxima est 13 centimètres, minima 7 centimètres, elle est ovoïde à grosse extrémité antérieure. La tache repose sur une tuméfaction volumineuse qui s'étend depuis les apophyses épineuses lombaires jusqu'à l'épine du pubis, et qui mesure 49 centimètres de long sur 18 de large. Cette masse est ovoïde à grosse extrémité antérieure.

En avant, elle se termine en pointe au niveau du cordon; en arrière, elle a la forme d'une sphère d'un diamètre de 7 centimètres.

Pour établir si la tumeur était sous-aponévrotique, nous avons examiné le canal inguinal, mais le malade a une sensibilité très vive qui ne permet pas l'introduction suffisante du doigt; il semble que la tumeur se prolonge dans le canal inguinal, mais on ne peut le constater positivement.

La contraction des muscles de l'abdomen ne bride pas la tumeur en avant; à ce niveau elle est recouverte par l'aponévrose du grand oblique, vraisemblablement distendue et flasque.

A la région lombaire, la contraction des muscles du dos révèle un rideau musculaire situé en avant de la tumeur.

(1) En collaboration avec M. Bigeon, externe du service.

La tumeur cutanée et la tumeur profonde sont molles et pâteuses; elles se gonflent notablement par l'effort.

On trouve un angiolithe de 1 centimètre de diamètre au voisinage de l'ombilic dans une région qui ne paraît plus malade; un autre plus petit se rencontre dans la fosse iliaque, vers le bord



Angiome cutané et profond.

Le trait noir indique la limite de la tumeur sous-cutanée.

antérieur de la tumeur profonde; un autre, assez volumineux, occupe le centre de la tumeur sphérique lombaire.

Il n'y a ni battements ni souffle dans la tumeur, les vaisseaux tributaires ne sont pas très volumineux (sauf quelques veines) ni pulsatiles.

Le membre inférieur droit est notablement atrophié; il est plus court que le gauche de 2 à 3 centimètres environ.

Circonférence :

	Droite.	Gauche.
	—	—
Au mollet.	33 cent.	36 cent.
A 2 doigts au-dessus de la rotule.	36 —	38 —
A la base de la cuisse.	45 —	49 —

Le toucher rectal est négatif.

Rien aux urines ni aux viscères.

Il existe une tache érectile du diamètre d'une pièce de 20 centimes au tiers inférieur et interne de la cuisse gauche.

La tumeur n'augmente pas sensiblement, et le malade n'a jamais observé de périodes nettes d'accroissement de cette tumeur.

Elle s'est ulcérée deux fois il y a quelques mois, l'hémorragie a été peu abondante et s'est arrêtée facilement.

Les figures ci-jointes permettront de se rendre un compte plus exact des dimensions et de la situation de la tumeur.

Etant donné le volume de la tumeur et l'absence d'accroissement et de troubles fonctionnels, je pense que l'intervention chirurgicale est contre-indiquée, et qu'il vaut mieux s'abstenir ou se contenter de l'électrolyse quand la tumeur deviendra cirsoïde, volumineuse ou saignante.

Hydronéphrose.

M. Lucien Picqué, à propos de la communication récente de M. Bazy, apporte la relation d'un cas intéressant d'uronéphrose par vaisseau anormal qu'il a opéré, il y a quelques semaines, dans son service de l'hôpital Bichat.

Femme de vingt-huit ans, entrée en janvier 1904, à l'hôpital Bichat, pour des douleurs qu'elle éprouve dans la région lombaire gauche avec induration dans le bas-ventre.

Depuis un an environ, la malade a ressenti tous les mois des douleurs semblables.

Ces douleurs débutent peu à peu par un tiraillement dans les reins surtout marqué à gauche; rapidement la souffrance devient intolérable. Elle se tord sur son lit et ne trouve de soulagement qu'assise et pliée en deux. En même temps des irradiations douloureuses gagnent la vessie et produisent de fréquentes et infructueuses envies d'uriner.

Ces crises s'accompagnent de nausées et même de vomissements.

Elle éprouve pendant ce temps une sensation de gonflement dans la région lombaire gauche.

Ces crises durent environ cinq à six heures, puis elles cessent peu à peu. En même temps la sensation de tension de la région lombaire diminue.

Elle n'a pas remarqué qu'elle urinait davantage après ces douleurs.

A l'examen, on trouve un rein gauche abaissé, mobile et sans adhérences, rentrant facilement dans sa loge. Il ne paraît pas augmenté de volume. Il n'est pas douloureux à l'exploration.

Plusieurs fois, j'ai examiné la malade au moment de ses crises. L'hypocondre gauche est alors occupé par une volumineuse tumeur mate et fluctuante.

Je propose à la malade une intervention qui est acceptée et pratiquée avec l'assistance de M. Grégoire, aide d'anatomie, et Tixier, interne du service.

Incision d'Israël. Le rein abaissé est facilement amené au dehors; on constate alors que l'uretère a ses dimensions normales, mais le bassinet est distendu assez fortement. Aucune trace d'adhérences.

Au niveau du collet du bassinet, on trouve un vaisseau anormal passant en écharpe à la face postérieure du canal excréteur.

Celui-ci semble coudé sur ce vaisseau anormalement placé. Il paraît venir directement de l'artère rénale et se rend au bord interne du pôle inférieur du rein.

Il est sectionné entre deux ligatures et le rein est fixé par le procédé habituel.

Un drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie. Suture de la paroi à trois places.

La malade a été revue deux mois après son intervention. Elle ne souffre plus du tout de la région lombaire et se porte parfaitement bien.

Ulcères de l'estomac hémorragiques et gastro-entérostomie.

M. Quénu. — J'apporte l'observation de l'opéré de gastro-entérostomie, mort d'hémorragie par ulcération de l'artère hépatique, dont je vous ai montré les pièces dans la séance du 9 mars.

Mon malade, âgé de quarante et un ans, avait été très alcoolique dès sa jeunesse. A l'âge de dix-huit ans, il buvait déjà 10 absinthes et

3 litres de vin par jour; ce n'est que treize ans après (1894), à l'âge de trente et un ans, qu'il présenta, pour la première fois, des troubles gastriques. En revenant un soir de son travail (il était couvreur de son état), il fut pris d'envies de vomir et rejeta un caillot noir et fétide. Quinze jours après, il eut une nouvelle hémorragie, rouge cette fois et plus abondante; il l'évalue à un demi-litre de sang.

Deux ans s'écoulèrent sans nouveau saignement, marqués seulement par des douleurs que provoquait l'ingestion des aliments. Puis, nouvelle hémorragie pour laquelle il reçoit des soins dans le service de M. Dieulafoy. Il est soumis au régime lacté et renonce complètement à ses habitudes alcooliques (1896).

Quatre ans après, nouvelle hémorragie; il est soigné, à cette époque, à Laënnec (1900).

A la fin de l'année dernière (octobre et novembre 1903), grandes hémorragies, qui se reproduisent à quatre reprises différentes et qui amènent une véritable cachexie. B... est devenu un véritable infirme, incapable de tout travail; son facies est d'un jaune pâle; il digère assez bien le lait, souffre actuellement peu, et ne paraît pas présenter de phénomènes de stase gastrique.

La palpation est douloureuse et provoque la contracture des droits. On ne sent pas de tumeur, le foie semble normal. Diurèse abondante : 2.750 centimètres cubes par jour sans albumine ni sucre, 16 grammes d'urée par litre, soit 30 gr. 35 par vingt-quatre heures. Analyse du suc gastrique. Volume : 90 centimètres cubes.

Acide lactique	néant.
Acide chlorhydrique	présence.
Acidité totale p. 100	202 millig.
Acide chlorhydrique libre	11 —
Acide chlorhydrique combiné organique	167 —
Chlorhydrie	178 —
Chlore minéral fixé (F)	173 —
Chlore total (T)	347 —

Coefficient $\frac{F}{T} = 2$.

Poids du malade : 64 kilog. 200.

Opération le 1er mars. — Gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Von Acker. Nous constatons qu'il existe de nombreuses adhérences autour de l'estomac; nous sommes obligés de réséquer le grand épiploon adhérent en maintes places à la paroi abdominale. L'estomac ne paraît pas dilaté; il est collé au foie, remonté, et nous faisons observer que si on avait dû ou voulu faire une opération sur le pylore, la chose n'eût pas été facile.

L'arrière cavité des épiploons n'existe plus.

Suites normales.

Légère élévation à 38 degrés le lendemain, mais le malade tousse et crache. Pas de vomissement.

Le 3, la température revient à 37°5. Le pouls est à 110, mais, avant l'opération, il oscillait d'ordinaire entre 102 et 104. L'opéré boit du thé chaud. Émission de gaz.

Le 4 *mars*, 700 grammes de lait et thé. État général excellent. Aucun vomissement depuis l'opération. Garde-robes normales.

5 *mars*. — Temp., 37°8, pouls à 104. La toux est plus grasse; crachats un peu verdâtres. Un litre de lait, deux tasses de thé, un peu de bouillon.

6 *mars*. — Temp., 37°4. L'opéré accuse quelques aigreurs et quelques sensations désagréables du côté de l'estomac.

7 *mars*. — Temp., 36°5. Le malade prétend éprouver des sensations vagues avec goût de sang dans la bouche, comme dans les jours qui précédaient ses hémorragies. Selle normale.

La nuit du 7 au 8 fut un peu agitée. Les voisins nous ont appris qu'à deux reprises il s'assit sur son lit. A 6 heures du matin, le 8 mars, soit exactement sept jours après son opération, le malade expulse brusquement par la bouche un flot de sang rouge, liquide : on accourt auprès de lui, il a perdu aussitôt connaissance, sa pupille est dilatée; il succombe en moins de dix minutes, sans qu'on ait eu même le temps de songer à recourir à l'interne de garde.

Autopsie (rédigée par M. Piquant, interne du service). — Après incision de la paroi abdominale, on aperçoit immédiatement l'estomac qui, assez fortement dilaté, vient faire saillie sous cette paroi, au-dessous du foie; le côlon transverse remonte un peu au-devant du bord inférieur de l'estomac. En soulevant ce côlon transverse avec le grand épiploon, on aperçoit l'anastomose gastro-intestinale portant sur l'intestin grêle, à environ 20 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal; les sutures de l'anastomose sont intactes, il n'y a autour aucune trace d'inflammation.

Dans son ensemble, l'estomac présente un aspect extérieur absolument normal; toute la région pylorique adhère intimement à la face inférieure du foie et ne peut en être séparée; tout autour de la zone adhérente, le péritoine paraît chroniquement enflammé, l'épiploon gastro-hépatique est épaissi, et sa face antérieure est unie à la face inférieure du foie par des adhérences lâches qui se laissent facilement décoller.

Après avoir examiné l'aspect extérieur et les rapports de l'estomac on enlève d'un bloc l'estomac, le foie, la rate, le pancréas, le duodénum et la première portion du grêle, avec l'aorte, la veine cave et tout le péritoine pariétal tapissant la face postérieure de la cavité abdominale.

La masse de ces viscères étant enlevée, l'estomac est incisé longitudinalement du cardia jusqu'au pylore; on constate qu'il est rempli de caillots sanguins (environ 800 grammes). Ces caillots étant enlevés et l'intérieur de l'estomac lavé, on aperçoit nettement un large ulcère siégeant sur la face postérieure et sur la petite courbure, immédiatement en dedans du pylore; toutefois, l'orifice pylorique lui-même n'est

pas intéressé et ne présente aucune lésion ni d'ulcération ni de rétrécissement (il admet facilement le passage du doigt).

L'ulcère, de forme irrégulièrement elliptique, mesure environ 5 centimètres de hauteur sur 3 de longueur; il est limité par des bouts épais, irréguliers, calleux.

Le fond de l'ulcère, irrégulièrement mamelonné, paraît creusé plus profondément dans sa moitié supérieure; on constate qu'à ce niveau la paroi gastrique est complètement détruite, et que, sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes, le fond de l'ulcère est formé par le tissu hépatique intimement adhérent à l'estomac.

Dans la moitié inférieure de l'ulcère, on voit une petite ulcération taillée en bec de flûte, des dimensions d'un grain de blé; un stylet, facilement introduit par cette ulcération, s'enfonce dans un vaisseau qui remonte dans l'épiploon gastro-hépatique. Pour se rendre compte des rapports exacts de l'ulcération avec les vaisseaux voisins, on dissèque les branches du tronc cœliaque depuis leur origine : la splénique et la coronaire stomachique ne présentent aucune relation avec l'ulcère. L'hépatique, après avoir croisé le côté gauche de la veine porte, adhère intimement à la face postérieure de l'estomac, et est en quelque sorte noyée au milieu des adhérences qui unissent l'estomac au foie; on constate d'une façon très nette que, à ce niveau, le stylet introduit par l'ulcération gastrique s'enfonce dans le tronc de l'artère, juste au-dessous du point où celle-ci fournit le pylorique.

Au-dessous et à gauche de l'ulcère, on voit l'orifice de la gastro-entérostomie qui admet facilement le passage du doigt.

Les autres viscères de l'abdomen paraissent sains; cependant, le foie est gros et semble atteint de dégénérescence graisseuse.

Le poumon gauche présente des lésions nettes de tuberculose.

Je ne songe pas à propos d'un seul fait à agiter ici la question de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'ulcère rond de l'estomac.

Il me semble du reste qu'il y a tout intérêt à localiser la discussion. Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que dans les formes sténosantes et éteintes d'ulcère simple, la gastroentérostomie est une merveilleuse opération. Je lui dois en particulier dans trois cas de véritables résurrections. Je voudrais seulement avoir l'avis et l'expérience de mes collègues sur les résultats qu'ils ont obtenus du traitement chirurgical dans les cas d'ulcères hémorragiques en activité.

C'est précisément sur les résultats du traitement chirurgical en cas d'hémorragies par ulcères que les opinions me paraissent le plus divisées tant en Allemagne qu'en France. Ce traitement peut être discuté dans deux circonstances différentes.

On est appelé au moment d'une hémorragie ou dans les quelques jours qui suivent, ou bien la source est tarie depuis quelques

semaines ou mois, mais la récidive antérieure et à distance des saignements abondants fait craindre de nouvelles pertes de sang et c'est à titre préventif que l'indication opératoire peut être posée.

On intervient dans le premier cas pour arrêter une hémorragie existante, pour faire de l'hémostase. On intervient dans le second cas pour faire la prophylaxie de l'hémorragie.

Pour le premier cas, l'opinion qui paraît prévaloir tant ici qu'en Allemagne est celle de l'abstention opératoire. Fleiner, le co-rapporteur d'Ewald au XX[e] congrès de chirurgie allemande (1902), conclut qu'en cas d'hémorragie l'intervention n'a pas donné les succès qu'on en espérait. M. Hartmann s'est rallié à ce précepte dans la séance du 3 décembre 1902 de la Société de Chirurgie.

Je me borne à exposer sommairement cette tendance actuelle sans la discuter.

Reste la deuxième question, peut-être la plus importante, celle des résultats obtenus par le traitement opératoire et spécialement par la gastroentérostomie dans les cas d'ulcères hémorragiques.

En 1899, à propos d'un rapport à la Société de Chirurgie de M. Hartmann sur une observation d'ulcère du pylore de M. Mauclaire, je posais au rapporteur cette question : la gastro-entérostomie met-elle à l'abri des hémorragies ultérieures? M. Hartmann ne connaît-il pas des observations d'hémorragies persistantes chez des malades auxquels on a pratiqué la gastroentérostomie,

M. Tuffier nous répondit, au lieu de M. Hartmann, que s'étant beaucoup occupé de cette question « il n'avait jamais vu dans sa pratique personnelle d'hémorragie succédant à la gastroentérostomie ». Je ne crois pas, ajoutait-il, cet accident très fréquent.

Au Congrès de Chirurgie de 1900, M. Doyen n'était pas moins catégorique : « aucun de ses opérés n'avait présenté d'hémorragie gastrique depuis l'intervention ».

En revanche d'autres chirurgiens avaient observé des récidives d'hémorragies après la gastroentérostomie.

Le 19 décembre 1900, à propos d'un rapport de Routier, M. Delbet nous relatait une observation fort intéressante d'ulcère duodénal avec hémorragies ayant amené une anémie extrême. M. Delbet fit une gastroentérostomie antérieure dont les suites fonctionnelles furent satisfaisantes. Le neuvième jour son malade fut pris d'une hémorragie à laquelle il succomba en deux heures. Ainsi, dit-il « l'ulcère avait de nouveau saigné alors même que les aliments ne passaient plus par le duodénum.

Le 3 décembre 1902, M. Tuffier, qui en 1899 n'avait jamais observé de saignements postérieurs à la gastroentérostomie, vous a communiqué l'observation d'une jeune femme opérée pour des troubles gastriques et des hématémèses. Dans les heures qui

suivirent l'opération les hématémèses se reproduisirent et la malade succomba dans la nuit.

L'autopsie démontra que la source du saignement était indépendante de la zone opératoire.

Savariaud (1) dans sa thèse sur l'ulcère hémorragique de l'estomac et du duodénum ne signale aucune observation personnelle d'hémorragie postérieure à la gastroentérostomie. Il rapporte tout au long les *observations de Kuster* (observ. I, malade revu huit mois après l'opération; observ. II, malade revu six mois après l'opération); l'*observation de Doyen* (malade revu deux ans après l'opération); l'*observation de Bond* (suites insuffisamment mentionnées); l'*observation de Guinard*, in thèse de Trognon (le malade est revu deux mois et demi après l'observation); l'*observation de Roux* (le malade vomit du sang le soir même de l'opération et le lendemain il meurt); l'*observation de Tuffier* déjà mentionnée plus haut.

M. Hartmann (2), dans ses *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, rapporte qu'il a opéré sept ulcères de l'estomac, dont deux présentant de petites hématémèses à répétition et qui sont restés guéris depuis un laps de temps variant de un à trois ans; mais il nous signale un fait de Mickulicz dans lequel un gastro-entérostomisé pour ulcère du pylore resta guéri six mois, puis eut une hématémèse considérable.

Pinatelle (*Thèse* de Lyon, 1902), étudiant les applications de la gastroentérostomie aux ulcères en dehors des sténoses anatomiques du pylore, accepte la division des hémorragies en aiguës et chroniques, il complète les observations consignées dans la thèse de Savariaud. C'est ainsi qu'il ajoute un résumé un peu incomplet de deux observations de *Koster*, de quatre observations de *Petersen* avec trois guérisons, une de *Greer*, une de *Ardle*, une de *Murphy*, une de *Mayo Robson* (guérison maintenue un an après), une autre de M. *Robson* avec guérison maintenue quinze mois après; deux autres de M. *Robson* sans observation ultérieure spécifiée, mais, en revanche, deux cas de *Kronlein* avec morts par suite de récidive de l'hémorragie après la gastroentérostomie; une de *Kœrte*, mort par hématémèse douze ans après une gastro-entérostomie pour rétrécissement.

Monprofit (3), sur 150 gastro-entérostomies, n'a pratiqué l'opération qu'une seule fois pour des « hématémèses chroniques » dues à un ulcère en évolution. L'opération eut lieu le 9 août 1898, le malade fut revu en 1900. Pas de récidive hémorragique.

(1) *Thèse* de Paris, 1898.

(2) *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, p. 208.

(3) Monprofit. *La Gastro-entérostomie*, 1903, p. 276.

Tel est le bilan, d'après, du moins, les quelques recherches qu'il m'a été possible de faire, et sans pouvoir les contrôler faute de temps, des résultats de la gastroentérostomie pour ulcères hémorragiques opérés en dehors d'une crise hémorragique.

En récapitulant, nous trouvons 30 cas, et peut-être 31, avec le fait d'Albu (1), cela ferait 32 avec notre observation personnelle (2).

Les 32 cas que j'ai rassemblés d'après Savariaud, Pinatelle, les comptes rendus des Congrès allemands de Chirurgie et les Bulletins de la Société de Chirurgie, ont donné 9 récidives d'hémorragies (8 morts) et 21 guérisons.

Sur ces 21 guérisons, il y aurait peut-être à rabattre. Si, en effet, les malades de Doyen, Monprofit ont été revus deux ans, ceux de M. Robson l'un un an, l'autre quinze mois après l'opération, pour beaucoup d'autres, l'observation post-opératoire ne s'étend qu'à quelques mois : six et huit mois pour deux malades de Kuster, deux mois et demi pour le malade de Guinard, un mois pour deux malades de Tuffier. Dans beaucoup d'autres observations, le résultat éloigné est passé sous silence. Or, nous savons très bien qu'un ulcère saignant peut rester tranquille quelques semaines, quelques mois et plus encore, sans qu'on puisse en inférer que le malade est désormais à l'abri d'une nouvelle hémorragie. Le malade de Mickulicz était opéré depuis six mois quand il fut pris d'une nouvelle hématémèse.

L'opéré de Kœrte eut le retour d'hémorragie douze ans après la gastro-entérostomie ; je sais bien qu'on peut invoquer la formation d'un nouvel ulcère, mais alors le fait n'en démontrerait pas moins, d'une part, qu'une ulcération nouvelle peut se produire, et que cette ulcération peut saigner malgré une communication directe entre l'estomac et l'intestin.

Le malade dont nous avons rapporté l'observation et l'opération eut des intervalles de deux et quatre ans entre les hémorragies graves. Quatre mois s'écoulèrent entre la dernière hémorragie et celle qui a déterminé la mort.

(1) Société de Médecine interne de Berlin, 2 janvier 1901, *Sem. méd.*, 1901, p. 37. Il faudrait vérifier si ce cas ne fait pas double emploi avec d'autres déjà cités.

(2) Pinatelle arrivait à 27 cas, sans compter les cas de Delbet et le cas récent de Tuffier, mais je ne suis pas sûr que Petersen, en signalant 4 observations au 31e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, n'y ait pas compris les 3 cas déjà publiés dans la *Deutsch med. Woch* de 1896.

(3) Pinatelle ne cite ces quatre derniers cas que d'après un compte rendu de la *Semaine médicale*.

Somme toute 9 récidives dont 8 partielles sur 32 opérations, cela fait déjà une proportion considérable, et, je le répète encore, des réserves sont à faire sur les cas à résultats éloignés, mal ou non précisés. Nous sommes loin, comme on peut le voir, des belles espérances et des assurances sans réserve du début.

Faut-il en conclure avec Sahli de Berne (XX[e] Congrès de Chirurgie allemande) « qu'il n'est pas prouvé que la gastroentérostomie soit capable d'arrêter une hémorragie gastrique, et que contre l'hémorragie la gastroentérostomie est inutile et dangereuse »; je suis loin d'adopter cette conclusion, cependant il est peut-être permis de tirer quelque enseignement des insuccès dont j'ai fait mention. Quelques chirurgiens ont divisé les hémorragies gastriques en petites hémorragies et en grandes hémorragies, réservant la gastroentérostomie aux premières. Je crains que cette division ne soit artificielle. Des ulcéreux ont de petites hémorragies répétées, puis un beau jour ils perdent un demi-litre de sang, tel a été le cas pour une malade de province que nous avons vue ensemble, mon ami et collègue Mathieu et moi, en janvier dernier.

Je pense que la conduite du chirurgien doit tenir compte moins de la quantité de sang perdu que de l'évolution de l'ulcère.

L'ulcère est-il en voie de cicatrisation, est-il au contraire en activité? Voilà à mon sens la question la plus importante. A quoi le reconnaître? Si nous envisageons les plus fréquents, c'est-à-dire les pyloriques ou les juxta-pyloriques, nous pouvons avec assez de logique juger de l'acte cicatrisant d'après les résultats de cet acte, à savoir la sténose, et cette sténose se traduit elle-même par la dilatation de l'estomac. Chez notre malade, l'opération nous a permis de constater qu'il n'existait aucune dilatation de l'estomac, il y avait bien des callosités limitant l'ulcère, il n'y avait pas de rétrécissement du pylore, et, cliniquement, les signes de ce rétrécissement faisaient défaut. En fait, si on parcourt la plupart des observations on voit que celles dans lesquelles la gastroentérostomie a donné les plus brillants résultats, sont celles qui accusaient les signes de stase gastrique.

En 1901, j'ai opéré à l'hôpital Cochin un homme de quarante-deux ans qui, de 1893 à 1897 eut tous les six ou huit mois des hémorragies dont quelques-unes étaient évaluées par lui à un demi litre et même à un litre, deux d'entre elles amenèrent même une syncope brusque, l'ayant surpris pendant son travail; à partir de 1899 les hématémèses disparurent, en même temps que se mon-

(1) *Congrès de la Société allemande de Chirurgie*, 1902; — *Semaine médicale*, 1902, p. 130.

traient les premiers signes de sténose pylorique, vomissements alimentaires, amaigrissement progressif etc., aboutissant en 1901 à une cachexie extrême avec phlébite des membres inférieurs. Gastroentérostomie le 15 janvier 1901.

Le 14 février l'opéré a déjà repris 9 kilogrammes, il a été revu le mois dernier travaillant à une maison en construction en face de Cochin.

Voilà donc un fait bien net, et vous en avez probablement d'analogues, dans lequel la sténose pylorique, signe d'une cicatrisation avancée, a marqué la cessation des hémorragies. On peut logiquement l'envisager comme un signe probable et ordinaire (je ne dis pas évidemment général) de la fin de la période active d'un ulcère pylorique.

Je me défierai donc surtout des ulcères hémorragiques qui, datant déjà de quelques années, ne s'accompagneraient d'aucune dilatation stomacale et peut-être pour ceux-là pourrait-on songer à faire plus qu'une gastroentérostomie. Faudrait-il s'adresser au traitement de l'ulcère lui-même?

Je ne veux pas discuter ici le choix de ces traitements directs; je sais que parmi eux les uns n'ont pas fait leurs preuves et que les autres sont parfois impraticables. L'ulcération chez notre malade, dont une grande partie avait pour fond la surface du foie, était difficilement abordable et ce n'est pas une pylorectomie mais une gastrectomie difficile qu'on eût été conduit à faire si on avait adopté la méthode de l'excision de l'ulcère. Le curettage et la cautérisation se fussent adressés au foie. La ligature des artères en contact avec l'ulcère eût porté sur l'hépatique. Le cas était en somme désespéré. Peut-être faut-il en conclure que la thérapeutique chirurgicale doit être plus précoce chez les ulcéreux qui saignent d'une façon repétée, et malgré un régime médical suffisamment prolongé.

S'il faut se résigner à une nouvelle opération dans les cas d'ulcères saignants en évolution, ne pourrait-on, sans recourir à une opération difficile et grave (de par les lésions périulcéreuses) comme la gastrectomie partielle, s'adresser à une méthode qui réalise d'une façon plus parfaite que la gastroentérostomie, la mise au repos de la région ulcérée?

On pourrait penser à la jéjunostomie. J'avais songé aussi à obtenir l'exclusion de la région pylorique, ou juxta pylorique, en divisant l'estomac en deux parties par une ligature doublée d'un sujet séro-séreux. Je me suis assuré sur le cadavre que cette opération était facile et rapidement exécutable. Je doute qu'elle donne un résultat durable, les tentatives de ce genre exécutées sur l'intestin, soit chez l'homme, soit chez les animaux, ayant montré

que la cloison n'était que temporaire et que la communication se rétablissait entre les deux parties cloisonnées; mais peut-être ce moyen serait-il à retenir pour obvier d'urgence à certaines hémorragies graves, mais non assez graves pour supprimer tout temps d'action. L'emprisonnement de l'ulcère constituerait *a priori* une condition favorable pour la formation de caillots.

En dehors de la jéjunostomie, qu'il ne faudrait peut-être pas rejeter, car je pense que l'évolution de l'ulcère dépend moins du contact des aliments que du contact exagéré et prolongé des sucs digestifs, je ne verrai théoriquement à conseiller que la gastrotomie. J'entends qu'entre deux ligatures on sectionnerait l'estomac dont chaque tranche serait bien entendu invaginée et suturée.

L'estomac serait divisé en deux segments, l'un ne renfermant que l'ulcère, l'autre comprenant le reste de l'estomac et la bouche gastro-jéjunale; on pourrait peut-être de la sorte espérer l'arrêt d'évolution et la cicatrisation de l'ulcère ainsi mis véritablement à l'abri du contact alimentaire et digestif.

M. E. Potherat. — Permettez-moi, messieurs, à propos de la communication de M. Quénu, et pour joindre un fait aux cas d'*ulcère hémorragique de l'estomac* qu'il a réunis, de vous rapporter une observation qui remonte à près de deux ans maintenant.

Vers le milieu de l'année 1902, un confrère des environs de Paris m'amenait à la Maison municipale de santé un homme de cinquante-quatre ans qui, depuis plusieurs années, présentait des signes d'ulcère de l'estomac. Depuis les derniers mois, des phénomènes hémorragiques étaient survenus; les hémorragies étaient fréquentes ; elles se répétaient dès que l'on cessait le régime lacté absolu, et encore duraient-elles quelques jours avec l'instauration de ce régime. A plusieurs reprises ces hémorragies, toujours notables, avaient eu un caractère des plus inquiétants; aussi, après une dernière hémorragie, plus abondante encore, le malade m'était-il amené pour être opéré.

Cet homme, après ce moment, présentait tous les caractères de l'anémie aiguë ; il avait cet aspect un peu bouffi, et couleur vieille cire, que nous avons coutume d'observer chez les femmes affectées de fibromes utérins hémorragiques.

Après quelques jours d'observation pendant lesquels le malade fut soumis aux injections de sérum artificiel, je fis, sans difficulté d'ailleurs, une gastro-entérostomie postérieure par le procédé de von Hacker. Les suites en furent simples.

Mais, et c'est là ce que je voulais signaler, ce malade, depuis son opération, a cessé complètement d'avoir des hématémèses, même minimes. Je n'ai pas eu de nouvelles toutes récentes de ce

malade, mais j'en ai eu aux environs de janvier dernier, c'est-à-dire approximativement dix-huit mois après l'intervention; or, à ce moment, cet homme n'avait encore eu aucune hémorragie; son état de santé était parfait, et il n'éprouvait plus de troubles gastriques, malgré un régime alimentaire mal approprié à son cas.

C'est le seul cas d'ulcère hémorragique de l'estomac que j'aie opéré par la gastro-entérostomie. La cessation des hémorragies gastriques est-elle due à mon intervention? L'adage *post hoc propter hoc* est un des plus trompeurs assurément, et n'a rien de scientifique; ce qui est certain toutefois, c'est que pendant une période assez longue de un an et demi au moins mon opéré a cessé totalement de perdre du sang.

C'est à ce titre que j'ai désiré ajouter ce cas aux faits que vient de nous signaler M. Quénu.

Kystes chyleux du mésentère.

M. Tuffier. — Le fait très intéressant que vous a présenté M. Kirmisson m'engage à vous citer deux faits de kystes mésentériques qui sont intéressants en ce que j'ai pu suivre les malades depuis douze ans; il s'agit de kystes chyleux du mésentère. J'ai signalé ces deux faits et montré les pièces anatomiques ici même dans la séance du 27 juillet 1892; je ne ferai donc que vous les résumer.

Mon premier malade était un homme de quarante-huit ans qui en faisant un effort pour soulever une malle, fut pris d'une douleur abdominale très vive avec vomissements et fut transporté sept jours après à l'hôpital Beaujon dans un état assez grave. Je trouve en plein milieu de l'abdomen, une tumeur du volume d'une tête de fœtus arrondie, lisse, mobile, rénitente et dont les rapports permettaient sa localisation dans le grand épiploon ou le mésentère. Etant donné l'étiologie des accidents, je pensai à un kyste sanguin, à un hématome. La laparotomie me fit constater une tumeur fluctuante, siégeant en plein mésentère. La ponction donne 600 centimètres cubes d'un liquide absolument laiteux, non coagulable que je vous ai présenté.

Après décortication j'extrais la poche dans sa totalité et je l'extirpe après ligature de deux veines de petit calibre au point le plus déclive du mésentère. L'hémostase est parfaite; je suture au catgut l'incision du feuillet antérieur du mésentère. Suture de la paroi abdominale en quatre étages.

Les suites opératoires furent excellentes, les douleurs disparurent, la température n'a pas dépassé 37°3.

Le malade quitta l'hôpital douze jours après son opération. L'examen de la poche montra qu'il s'agissait non pas d'une tumeur récente, mais d'un kyste ancien méconnu.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que j'ai revu l'an dernier à Beaujon cet homme qui était admis salle Malgaigne pour une fracture de jambe. J'examinai son abdomen, il n'y avait pas trace d'une lésion quelconque, et, depuis son opération, son état général était resté en parfait état. Il est probable qu'il s'agissait ici d'un kyste chyleux congénital (Voy. *Thèse* de mon élève Klefstadt-Sillouville. Paris, 1892).

Huitjours après la communication de ma première observation, c'est-à-dire au commencement du mois d'août 1892, j'ai opéré avec mon ancien externe, le Dr Doyen (de la Fère), un enfant de douze ans dont voici l'histoire : depuis plusieurs années, sans qu'il soit possible de préciser exactement une date, cet enfant souffrait d'une constipation opiniâtre qui s'accompagnait quelquefois de distension de l'abdomen et était suivie de débâcles. C'était une véritable obstruction intestinale chronique. Les accidents progressivement croissants firent qu'on examina ce petit malade et au début on trouva à la région sous-ombilicale un empâtement mal défini plutôt qu'une tumeur.

Peu à peu cet empâtement devint lobé, et s'avança de la ligne médiane de l'abdomen jusqu'à la fosse iliaque. Quand j'ai examiné le malade on trouvait dans toute la région sous-ombilicale et pénétrant dans le petit bassin une tumeur bien limitée sur la ligne médiane ; sous forme de deux lobes mates et dont les parties latérales s'étendaient jusqu'aux parois du bassin. Cette tumeur était mate à la percussion, sans fluctuation nette, bordée en haut par la sonorité intestinale. Par le toucher rectal il semblait qu'elle remplissait tout le petit bassin et on pouvait trouver à certains points de ce prolongement pelvien une sensation nettement fluctuante. Sa partie médiane était légèrement mobile dans le sens transversal alors que les parties latérales étaient au contraire fixes.

L'état général de cet enfant était bon ; il n'y avait aucun signe de cachexie ; c'étaient surtout les phénomènes d'obstruction intestinale qui commandaient l'opération. A la vérité on ne pouvait établir aucun diagnostic précis et des différentes consultations qui ont eu lieu, on pouvait conclure à la probabilité d'une tuberculose péritonéale.

J'ai pratiqué avec l'aide du Dr Bresset, à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu et en présence de mon collègue Gilbert, l'opé-

ration suivante : Laparotomie sous-ombilicale; je trouve dans le mésentère une tumeur arrondie, lisse, fluctuante que je ponctionne et dont je retire deux litres de liquide *chyleux*. Derrière cette première tumeur, pénétrant et adhérant à la paroi postérieure du bassin, je trouve une seconde poche que je ponctionne à travers la première, j'en retire un litre de *liquide chyleux*. Enfin à gauche de cette nouvelle poche une troisième de volume plus réduit contenant un liquide *séreux*. Autour de ces trois grandes poches j'ouvris une série de petits kystes, les uns du volume d'une noisette, les autres du volume d'une noix ; quelques-uns atteignant le volume d'une mandarine. Tous contenaient du liquide chyleux : il fut impossible de faire la décortication de ces poches que je marsupialisai et qui furent largement drainées et garnies de mèches de gaze.

Je ne savais pas trop quel serait le sort de ce petit malade, bien que les observations publiées fussent rassurantes à cet égard, puisque presque toujours le résultat thérapeutique a été parfait toutes les fois qu'on a eu à intervenir dans des conditions pareilles, ainsi que le prouvent les statistiques suivantes des trois thèses publiées sur ce sujet :

STATISTIQUE.

Thèse d'Arékion (1891).

Kystes du mésentère traités par

1° *Ponction* :

25 opérations . . . . . 7 guérisons, 1 mort, nombreuses récidives.
Guérison 87,5 p. 100.

2° *Marsupialisation.*

24 opérations . . . . . 22 guérisons, 2 morts.
Guérison 91,6 p. 100.

3° *Extirpation.*

24 opérations . . . . . 16 guérisons, 8 morts.
Guérisons 66,6 p. 100.

Thèse de Klefstad-Sillouville (1892).

Statistique portant sur dix-huit cas de kystes chyleux du mésentère traités chirurgicalement.

7 marsupialisation. . . . . 7 guérisons.
10 extirpations . . . . 8 guérisons, 2 morts.
1 ponction . . . . 1 mort.

Thèse de Deffains (1894).

Kystes mésentériques traités par :

1° *Ponction :*

4 sanguins	3 guérisons, 1 mort.
2 séreux	1 mort, 1 guérison.
1 hydatique	Guérison.

2° *Extirpation :*

7 chyleux	6 guérisons, 1 mort.
7 séreux	3 guérisons, 4 morts.
2 sanguins	1 guérison, 1 mort.
1 hydatique	Guérison.

3° *Marsupialisation :*

5 séreux	5 guérisons.
7 chyleux	7 guérisons.
2 hydatiques	1 guérison, 1 mort.
1 sanguin	Guérison.
1 dermoïde	Guérison.

Pendant deux mois le drainage fut maintenu, puis peu à peu supprimé, et les fistules se fermèrent. Faisant alors le toucher rectal, on trouvait un gâteau constitué par les débris de la poche et les kystes chyleux laissés dans le mésentère. Le pronostic définitif ne pouvait encore être porté. J'ai eu l'occasion de suivre ce malade. Je l'ai revu neuf ans après son opération. Lorsque, en 1901, je l'ai examiné de nouveau, j'ai trouvé un jeune homme en parfait état, n'ayant gardé de son opération aucune trace autre que sa cicatrice ; la palpation abdominale et le toucher rectal ne donnaient plus la sensation d'aucune espèce de lésion.

En présence donc de ces deux faits et des observations analogues qui ont été rapportées, je crois que l'on peut porter un pronostic favorable à très longue échéance, et même compter sur une guérison définitive puisque, dans le deuxième cas, mon malade guérit, bien qu'un certain nombre de kystes aient dû être abandonnés dans le mésentère.

Étranglement interne par appendicite ancienne.

M. E. Potherat. — Dans la séance du 13 avril dernier, notre collègue, mon ami Lejars, nous a présenté d'une manière très intéressante un fait curieux d'occlusion intestinale survenue par

coudure et torsion de l'intestin chez un homme ayant eu une attaque d'appendicite cinquante ans auparavant.

Je veux à ce propos vous rapporter trois faits d'occlusion intestinale que j'ai observés, dans lesquels l'agent de l'occlusion a été l'appendice anciennement enflammé, et guéri cliniquement depuis un temps plus ou moins long.

Il ne s'agit pas de coudure, ni de torsion, mais d'un véritable étranglement interne; dans les trois cas la disposition anatomique était identiquement la même ; et cette lésion est, en quelque sorte, si logique, qu'il se pourrait bien qu'elle ne fût pas d'une rare exception.

Les trois malades opérés tardivement ont succombé tous trois à l'évolution des accidents d'étranglement. Je crois néanmoins qu'ils comportent un enseignement, ne fût-ce que celui de ne jamais négliger certaines conséquences d'appendicites en apparence guéries médicalement.

Le premier fait remonte à sept ou huit ans : peut-être ai-je eu l'occasion d'en parler ici. J'étais encore chirurgien du Bureau central quand je fus appelé, étant de garde, dans le service du Dr Olivier aux Enfants-Malades auprès d'une enfant de huit ans, atteinte depuis six jours d'occlusion intestinale complète.

M. Olivier avait déclaré à son interne que cette enfant avait un étranglement interne par appendice adhérent, et qu'il fallait intervenir le plus tôt possible.

Je fis la laparotomie latérale droite, et je trouvai un appendice tendu transversalement de la fosse iliaque droite à la région prévertébrale; cet appendice était fortement adhérent par son extrémité. Entre cette adhérence et le bord libre du mésentère, il existait un pont, sous lequel une anse grêle était engagée, et très fortement serrée.

Je désinsérai l'appendice, je le réséquai contre le cæcum, et l'intestin se trouva libre : le lieu de la striction était très visible, mais ne me parut pas devoir entraîner de perforation des parois. Par pression les gaz cheminaient dans l'anse herniée.

L'opération avait été relativement simple et rapide; néanmoins la petite malade ne se releva pas de l'état très précaire où je l'avais trouvée; elle continua à décliner et mourut le lendemain.

Le deuxième cas est celui d'un homme âgé de près de soixante-dix ans, mais fort encore et très vigoureux qui fut pris d'accidents d'occlusion intestinale à marche aiguë. Après deux à trois jours de douleurs violentes, une accalmie trompeuse s'était produite, mais les matières et les gaz étaient arrêtés; des vomissements de mauvaise odeur étant survenus, je fus appelé le septième jour. Le ballonnement de l'abdomen était très grand, surtout dans les

parties supérieures. En aucun point je ne sentis d'induration; rien non plus du côté du rectum; aucun état pathologique antérieur, pas d'amaigrissement; je ne pus faire de diagnostic.

Aussi je me mis en devoir de pratiquer un simple anus artificiel, et, comme l'S iliaque ne me paraissait pas distendu, je résolus de faire l'opération sur le cæcum.

Arrivé dans l'abdomen, après avoir péniblement refoulé des anses intestinales grêles considérablement distendues, je me portai vers le cæcum; je le trouvai, mais il était à peine dilaté, et je ne pouvais pas l'amener. C'est qu'ici encore il était maintenu par l'appendice tendu de la fosse iliaque droite à la face latérale gauche du mésentère sur laquelle il était fixé par son extrémité renflée. Lui-même était élongé, plutôt grêle, sans aucune apparence d'inflammation. Dans cette position il coupait une anse grêle longuement engagée par-dessous lui et qui redevint libre quand il eut été sectionné et enlevé.

Vous le voyez, c'est identiquement la disposition que je vous ai signalée précédemment. Il s'agit bien certainement d'une adhérence par appendicite. Dans le cas présent, je n'ai pu, pas plus que dans le cas précédent, préciser l'époque de cette appendicite aiguë, à moins de la rapporter à des accidents très douloureux du ventre que le malade aurait éprouvés avant son mariage, mais sur lesquels il ne peut donner que des détails bien peu précis. Toujours est-il que pendant une longue période de près de cinquante ans, il n'avait, comme le malade de M. René Lefort, de Lille, rien ressenti.

Après mon intervention, le malade rendit quelques gaz; il eut même un peu d'évacuations de matières fécales; cela ne l'empêcha pas de succomber trente heures environ après l'intervention.

Quelques mois après ce second fait, j'étais appelé en province auprès d'une superbe jeune fille atteinte, me disait son médecin, d'appendicite aiguë.

C'était la deuxième atteinte : trois ans auparavant elle avait eu une atteinte assez violente, avec accélération considérable du pouls, facies abdominal, vomissements bilieux et porracés pendant plusieurs jours. Cette attaque soignée médicalement avait cessé au bout d'une dizaine de jours et pendant trois ans la jeune fille n'avait absolument rien ressenti.

Mais voici que tout à coup, travaillant aux champs, pliée en deux, elle avait été prise d'une douleur abdominale, si violente qu'elle tomba sur le sol pâle, défaillante, presque syncopée, et qu'elle dut être rapportée chez elle en voiture et non sans difficultés.

On pensa à une récidive de son appendicite; le traitement

médical antérieur fut réinstitué : glace sur l'abdomen, opium à petites doses, diète hydrique. Mais, contrairement à ce qui s'était passé la première fois, les heures se succédaient, les jours suivaient les jours sans amener d'amélioration ; l'enfant était à chaque instant prise de douleurs atroces, lui arrachant des cris déchirants. Cela ressemble cette fois, me disait le confrère qui la soignait, à ce que nous appelions autrefois les « *coliques de miserere* ». J'ajoute que depuis le moment où les accidents étaient apparus, la malade n'avait rendu ni matières fécales ni gaz, qu'elle avait des vomissements fréquents, et que ces vomissements avaient manifestement tendance à prendre les caractères de vomissements fécaloïdes.

Ce fut le cinquième jour que je vis la malade ; le ventre était très ballonné dans les parties supérieures, peu dans la région hypogastrique ; il était douloureux en un point situé un peu à droite de la ligne médiane, et au-dessous de l'ombilic. Le facies était au maximum à caractère péritonéal ; les extrémités étaient froides, le pouls au delà de 160 ; à aucun moment il n'y avait eu d'hyperthermie ; l'hypothermie s'était manifestée dès le début.

J'intervins sans plus tarder ; une large laparotomie latérale me montra des anses grêles dilatées à un degré que je n'avais jamais observé jusque-là, et tel que je n'aurais pas cru que des anses grêles étaient susceptibles d'atteindre. Je recherchai le cæcum ; il était flasque, affaissé sur lui-même ; une sérosité rougeâtre en petite abondance s'échappait d'entre les anses intestinales, pendant ces recherches.

J'arrivai sur l'appendice. Ici encore il formait la corde transversale que j'indiquais précédemment ; fortement tendu, j'essayai de le suivre pour atteindre son extrémité ; l'extrême dilatation des anses intestinales s'y opposant, je fis une laparotomie médiane rapide, sur mon doigt passé par en dessous la paroi abdominale ; et après avoir, non sans difficulté, écarté ou relevé les anses intestinales, je retrouvai l'appendice s'incurvant sous le bord inférieur du mésentère et venant adhérer, par son extrémité libre, renflée sur la face latérale gauche du mésentère. Dessous s'engageait une anse intestinale, qui y était tellement serrée, qu'il m'était impossible d'engager l'extrémité du petit doigt à côté d'elle.

Je désinsérai l'extrémité libre de l'appendice, que je ramenai au niveau de l'incision iliaque droite, pour le réséquer dans un instant, et j'examinai l'anse intestinale. Elle était tellement serrée, que sur ses deux bouts un sillon profond était creusé, qui semblait l'avoir presque sectionnée ; pourtant l'ayant amenée au dehors, et un peu étirée, ce sillon me parut s'aplanir, se colorer

un peu; je pus faire circuler les gaz par en dessous. Je m'en tins là, je refermai le ventre après résection de l'appendice qui n'était d'ailleurs pas récemment malade, et après avoir drainé.

La jeune fille vécut encore deux jours et mourut après avoir rendu des gaz et des matières, mais sans avoir pu réagir contre la stercorémie qui me paraît avoir entraîné sa mort.

Tels sont mes trois faits. Je n'ai pas besoin de les commenter. La lésion due à une appendicite ancienne a été identique à elle-même dans les trois cas. Les adhérences de l'appendice enflammé ont amené la création d'un hiatus dans lequel l'intestin s'est engagé et étranglé.

Ces faits sont de nature à nous inciter, je crois, à agir vite en présence d'accidents d'occlusion survenant chez des malades ayant subi des atteintes de l'appendicite; car une intervention précoce pourra seule sauver ces malades.

M. Moty. — Le cas d'appendicite latente que nous adresse M. Lefort et qui a été si nettement exposé par M. Lejars présente deux particularités sur lesquelles je désire insister.

1° L'enkystement d'un appendice spontanément amputé n'est en effet par très rare; le bout central de l'organe se cicatrise solidement, mais il n'en est pas de même de son bout périphérique qui s'entoure de fongosités et s'enfouit sous un lit d'adhérences.

Quand on exhume ce bout et qu'on l'examine avec soin on s'aperçoit que son orifice de section n'est pas oblitéré et l'on est porté d'abord à supposer que la partie détachée de l'appendice n'a pas eu assez de vitalité pour subvenir aux frais de la cicatrisation; mais en réfléchissant on se rend compte qu'il n'en est rien; en effet cet orifice ne peut se fermer non plus que celui d'un kyste dermoïde ouvert : il doit nécessairement se former une sorte de fistule interne mettant la cavité de l'appendice en rapport avec un amas de fongosités au sein duquel viennent se déverser et se résorber les liquides secrétés par la muqueuse conservée; liquides dont la septicité diminue vraisemblablement de plus en plus; c'est là un mode de guérison spontanée bien imparfait sans doute mais qui n'en est pas moins admirable dans son mécanisme.

2° Le second point à relever c'est l'absence prolongée de troubles digestifs. — Je viens d'observer un cas de ce genre : début il y a quatre ans par une forte crise; vomissements, douleur iliaque droite le 16 mars dernier, sans diarrhée, ni constipation; du 2 au 6 avril nausées, selles normales; opéré le 12; on trouve la moitié centrale de l'appendice étranglée par des adhérences fibreuses très résistantes; tandis que l'extrémité terminale est dilatée. Ces cas sont assez rares mais ils viennent, il me semble, à l'appui des

idées que j'émettais il y a deux mois sur la nature toxique des troubles intestinaux de l'appendicite; quand les sécrétions appendiculaires n'arrivent plus dans le cœcum ces troubles s'arrêtent; leur absence n'exclue donc pas l'appendicite d'une manière absolue.

Lectures.

M. DÉLIE (d'Ypres) lit une observation de *Kyste du maxillaire inférieur.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. FÉLILET est nommé rapporteur.

M. MOURE (de Bordeaux) lit une communication sur un cas de *mucocèle ethmoïde.*

Ce travail est renvoyé à une commission dont M. SEBILEAU est nommé rapporteur.

Rapport.

Rapport sur un travail intitulé : « *Note sur l'Hémopelvis, suite de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval,* par M. le Dr TOUSSAINT.

Rapport par M. Ed. SCHWARTZ.

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur le travail du Dr Toussaint qui comprend deux parties, l'une consacrée à l'exposé de deux observations, l'autre aux réflexions que suscite l'étude de ces deux cas au point de vue clinique et thérapeutique.

Il s'agit de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.

Nous résumerons d'abord les deux observations.

La première concerne un cavalier qui reçoit dans le ventre un coup de ruade. Il vomit immédiatement le repas du matin absorbé une heure auparavant; il est conduit à l'infirmerie, et là on cons-

tate tous les caractères d'un schock bien caractérisé : traits tirés, facies pâle, pouls faible à 76. Temp. 36.6.

Violente douleur à la pression sur l'abdomen, surtout à gauche. Diète absolue. Glace sur le ventre. Injection de 500 grammes de sérum en attendant le chef de service.

On porte le diagnostic de contusion de l'abdomen profonde, et comme le ballonnement s'est accentué, que le pouls est à 124, qu'il y a du refroidissement du nez et des extrémités, que de plus il existe nettement à gauche dans la fosse iliaque une zone de submatité, on pense à une hémorragie interne. La laparotomie proposée est pratiquée immédiatement, soit sept heures après l'accident.

Celle-ci conduit sur un épanchement sanguin manifeste constitué par du sang et des caillots qu'on peut évaluer à 500 grammes environ contenu dans le ventre et le petit bassin. On recherche aussitôt le point de départ de l'hémorragie, on ne trouve rien que deux thrombus du grand épiploon. Arrêtés dans leur développement, l'on est bien forcé d'admettre que c'est de là que le sang s'est déversé dans l'abdomen pour s'arrêter spontanément. Aucune lésion d'aucun viscère.

Pendant l'intervention, hypodermoclyse séreuse de 1.000 grammes. Après des péripéties dues à une éventration post-opératoire de l'épiploon, à des abcès dus à des injections sous-cutanées de sérum, le blessé guérit complètement et au bout de deux mois et demi peut reprendre son service.

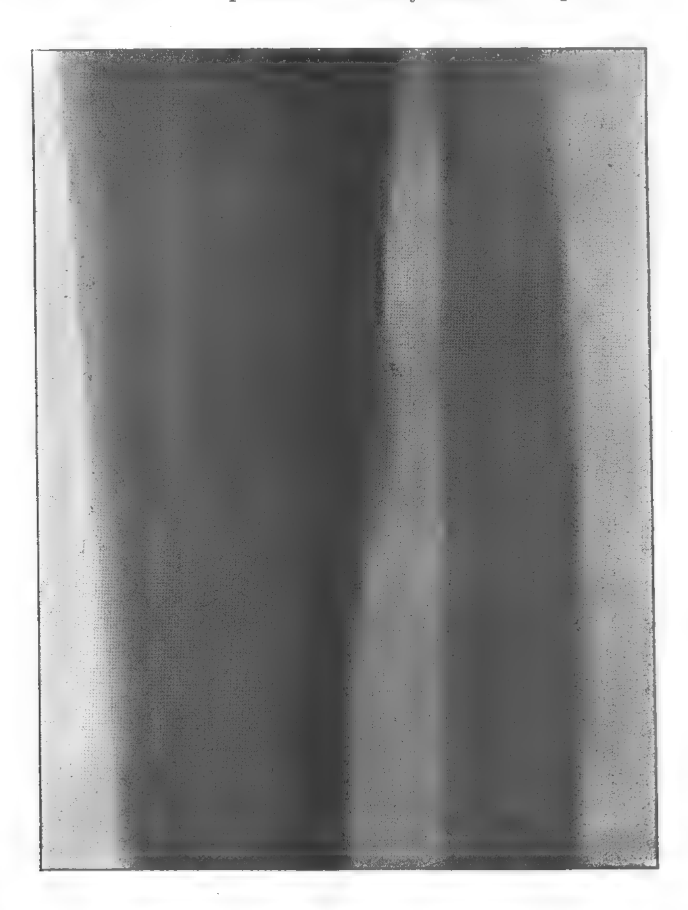
Dans la seconde observation, il s'agit d'un chasseur à cheval de vingt-deux ans, qui reçoit dans le flanc gauche un violent coup de pied de cheval; la douleur le cloue sur place. Une demi-heure après il est vu par le médecin-major qui constate un pouls régulier mais petit à 84. Temp. axill. 37,5. Pas de vomissement. Le blessé était à jeun depuis sept heures. Mais tendance syncopale et nausées.

On prescrit le repos, un bandage ouaté compressif et deux pilules d'opium de 5 centigrammes.

Le lendemain matin l'on constate que la nuit à été agitée, le pouls oscille entre 74 et 86, la température rectale est de 36°9; le léger ballonnement du ventre avec hyperesthésie au frôlement du doigt; une chiquenaude très légère appliquée à un point quelconque de la paroi donne lieu à une sensation pénible, même angoissante.

On trouve une submatité en forme de croissant dans les deux fosses iliaques; la matité se déplace quand on fait coucher le blessé sur le côté. Tous ces signes font penser à une hémorragie interne et l'on pratique la laparotomie dix-neuf heures après

l'accident celle-ci montre l'abdomen et surtout le bassin rempli de sang dont on évalue la quantité à 1 litre environ; on l'évacue, on l'assèche et l'on se rend compte que celui-ci a été fourni par le feuillet pariétal du péritoine qui dépasse le flanc gauche où a porté le traumatisme; il est parsemé d'ecchymoses. La paroi musculaire sus-jacente présente au-dessus de lui une bosse sanguine infiltrée : nulle part trace de la moindre lésion; tout écoulement sanguin est d'ailleurs arrêté.



Drainage du bassin. Fermeture de l'abdomen par deux plans de sutures. Le blessé guérit sans incidents.

Telles sont les deux faits rapportés par le docteur Toussaint. Notre confrère insiste ensuite sur les signes qui permettent de

NOTA. — Cette figure est empruntée à la *Revue d'orthopédie*, publiée sous la direction de M. le professeur Kirmisson. Masson et Cie, éditeurs.

diagnostiquer un épanchement de sang traumatique de l'abdomen à la suite de contusion profonde particulièrement sur la signification des zones la submatité dans la fosse iliaque, dans les flancs pour caractériser la présence d'un hémopelvis ou épanchement de sang dans le bassin et l'abdomen.

Il a recherché par des expériences sur le cadavre consistant à injecter des liquides colorés quelle doit être la quantité de liquide pour l'amener à se manifester par de la matité au-dessus des arcades crurales; il faut environ 1.100 centimètres cubes; c'est donc d'après cela même un signe d'une hémorragie accentuée et grave. Il lui accorde une grosse importance au point de vue des indications de la laparotomie d'urgence.

Je crois, en effet, comme M. Toussaint, que la présence d'une zone de submatité et de matité dans les fosses iliaques est un signe important, mais je suis d'avis qu'il ne faut pas compter sur lui, ne pas en attendre l'apparition pour pratiquer la laparotomie; car comme notre collègue Lejars, je pense qu'il est un de ces signes qui ne sont pas toujours nets et faciles à constater. De fait le sang épanché ne s'accumule pas toujours en collection dans la fosse iliaque, il fuse souvent dans le petit bassin surtout si l'hémorragie se fait le long de la face latérale gauche du mésentère et d'autre part le météorisme peut masquer ou obscurcir la matité recherchée. Les expériences que M. Toussaint a entreprises en étant très intéressantes ne nous convainquent pas; tout autre est la topographie d'un épanchement dans l'abdomen, quand il s'agit de sang, d'anses intestinales contractiles, plus ou moins météorisées ou vides mais se contractant, avec une paroi contractile elle aussi, que sur le cadavre avec un liquide même coloré par le permanganate le potasse.

J'ai vu un certain nombre de ces contusions de l'abdomen, d'hémorragies internes, c'est toujours en me basant sur la progression des accidents, sur le pouls, la défense des muscles de l'abdomen, l'accélération des mouvements respiratoires, que j'ai pratiqué la laparotomie lorsqu'elle m'a paru indiquée.

Je n'ai observé qu'une ou deux fois le signe de la submatité de la fosse iliaque qui venait confirmer, corroborer l'assemblage de ceux cités plus haut, et parmi lesquels la contracture des muscles abdominaux me paraît un des plus importants. Un fait important à noter dans les deux observations de notre confrère, c'est la nature même des lésions vasculaires ayant donné lieu à l'hémorragie ; dans un cas, la rupture d'un vaisseau épiploïque, dans l'autre, la contusion directe du péritoine pariétal ; n'était le soin avec lequel a été recherché le point de départ, l'on pourrait se demander si l'on n'a pas laissé échapper la source de l'hémorragie

arrêtée lors de la laparotomie, car je ne sache pas qu'un péritoine parsemé d'ecchymoses, puisse donner lieu à un épanchement aussi considérable que celui qui a été noté ; y avait-il là des solutions de continuité imperceptibles qui avaient donné lieu à l'écoulement ?

En résumé, les deux observations de M. Toussaint sont très intéressantes : il insiste sur un signe qui peut être d'un secours précieux lorsqu'il est net et précoce, ce qui, malheureusement, est loin d'être toujours le cas.

Je vous propose d'adresser nos remerciements bien sincères à notre savant confrère, de déposer son mémoire dans nos archives, et de nous souvenir de son nom quand il y aura lieu.

Je ne vous dirai que quelques mots sur une seconde note remise par le Dr Toussaint et qui concerne l'ostéo-périostite par effort chez les soldats.

Dès 1898, le Dr Toussaint avait publié, dans la *Revue médicale de l'Est*, une note sur la périostite par effort du tibia chez des élèves de l'École Saint-Cyr. Cette périostite se produit au niveau du tiers supérieur du tibia au voisinage immédiat de l'insertion musculaire du fléchisseur commun des orteils et du jambier postérieur. Elle est due à la violence répétée de la contraction musculaire du mollet pendant la marche au pas cadencé.

Dès 1896, Dums, de Leipzig, a donné de la maladie bien plus fréquemment observée chez des soldats allemands soumis au paraenmarsch, une excellente description clinique. Presque toujours, elle se manifeste par une tuméfaction œdémateuse douloureuse avec gêne fonctionnelle grave et difficulté, voire même impossibilité de la marche.

Sur les sept cas vus par notre confrère, deux ont été rendus indisponibles pour la marche pendant plus de trois mois.

Jusqu'ici, on n'avait pu obtenir par la radiographie la localisation exacte des lésions. Le Dr Toussaint a eu tout récemment l'occasion de faire radiographier un nouveau cas de cette nature par le Dr Salles ; cette radiographie, jointe à son mémoire, nous montre, par la comparaison des deux tibias, qu'à la périostite du tibia gauche a succédé une périostose le long de la face postéro-interne de l'os.

Je vous propose de remercier le Dr Toussaint de sa communication, de déposer son travail dans nos Archives, tout en reproduisant dans mon rapport, la radiographie obtenue (1).

Présentations de malades.

Fractures dans la mise en marche des automobiles.

M. Tuffier. — Je vous ai présenté, dans la séance du 10 février dernier, seize cas de fractures dues à des retours de manivelle d'automobile. J'en ai observé depuis 8 cas dont 6 rentrent dans les trois variétés d'accidents que je vous ai signalées, je vous en présente aujourd'hui deux nouveaux exemples :

Chez mon premier malade il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec sub-luxation *en avant* du fragment inférieur, si bien que l'on croirait, sans la radiographie, à une luxation du poignet en avant. Cette fracture s'est produite de la manière suivante : Le manche de la manivelle n'a pas renversé la main sur la face dorsale mais est venu frapper sur le talon de la main en extension. Il y a donc fracture par écrasement et propulsion. (Radiographie.)

Le second malade est intéressant parce qu'il montre la fixité de la lésion avec coup de manivelle sur la face dorsale de l'avant-bras. Ce jeune homme a eu, le 9 janvier 1904, une fracture par retour de manivelle ; il a guéri. Trois mois après même accident lui arrive et la fracture se reproduit au même niveau.

La radiographie, que je vous présente, montre bien la fixité dont je vous parle car on voit l'ancien cal qui date de trois mois juste au milieu du trait de fracture, où avait lieu la mobilité anormale au moment où il entrait à l'hôpital pour sa seconde fracture.

Tels sont les deux faits que je voulais ajouter à ceux que je vous ai déjà présentés.

M. Pierre Sebileau. — On reconnaît aux fractures du radius produites par le retour de la manivelle de mise en marche des moteurs à explosion deux mécanismes : celui du choc (cause directe) et celui de l'entraînement de la main en extension forcée (cause indirecte). Dans certains cas, les plus fréquents, je crois, cette extension forcée produit une simple entorse dorsale du poignet.

A ces deux mécanismes, il faut en ajouter un autre dont je viens d'éprouver sur moi-même la douloureuse réalité. La manivelle fait retour brusquement et abandonne la main. Celle-ci continue alors dans le vide le mouvement commencé ; elle se met, tandis que la résistance se dérobe, dans une violente flexion

forcée; à ce moment, tous les tendons extenseurs sont allongés et tiraillés; des fibres de l'appareil ligamentaire postérieur du carpe se déchirent et il y a une véritable entorse dorsale.

Pour ce qui me concerne, et mon ami Tuffier a observé la même chose sur lui, c'est particulièrement au niveau du grand os que je souffrais. Sur ce point, la plus petite pression était insupportable. Je me demande, même, s'il n'y a pas eu quelque lésion des ligaments interosseux qui unissent le grand os à l'os crochu en dedans et au trapézoïde en dehors. Il suffisait, en effet, d'exercer par le premier métacarpien une légère pression sur le trapèze pour que celle-ci, transmise jusqu'au grand os, y provoquât une réaction douloureuse très vive.

Anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux.

M. Lucien Picqué. — Il y a quelques semaines, je vous ai présenté une malade atteinte d'exophtalmos pulsatile due probablement à un anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux et vous ai demandé votre avis au point de vue du traitement à suivre.

Voici d'abord l'observation qui a été rédigé avec beaucoup de soin par mon élève, M. Paon, aide-major de l'armée.

Observation. — *Exophtalmos pulsatile.* — Il s'agit d'une femme, Mme P..., âgé de quarante-cinq ans, qui s'est toujours bien portée; on ne relève rien de particulièrement intéressant dans ses antécédents tant héréditaires que personnels; réglée à quatorze ans, et toujours régulièrement depuis, elle a eu cinq enfants dont trois sont morts en bas âge; pas de fausse couche. Deux enfants vivants sont de bonne santé habituelle. Ménopause il y a un an. Il y a six mois, elle est internée à l'asile de Vaucluse; sa fiche d'entrée mentionne le diagnostic de P. G., affaiblissement des facultés, inconscience, gâtisme, et affirme les habitudes alcooliques de la malade; au moment de son entrée, elle ne présente rien du côté des yeux; la malade voit très bien, n'a jamais porté de lunettes; elle ne souffre en aucune façon de quoi que ce soit.

Au bout d'une quinzaine de jours de séjour, elle se fâche d'être mise à la diète, elle réclame à manger en termes impératifs, et pour ce, dit-elle, reçoit d'une personne du service un coup de poing sur l'œil droit; vive douleur, mais pas de perte de connaissance, pas de phénomène spécial : les camarades, les voisines, l'entourent, constatent que « ce

n'est pas grave », et font le diagnostic pur et simple de « poche-œil », sans plus s'inquiéter,

Mais voilà que l'œil frappé grossit très vite dans les heures qui suivent; la douleur étant insignifiante, aucun médecin n'est appelé à voir la lésion; d'après la malade, l'œil avait acquis huit jours après le trauma, le volume et l'aspect qu'il a actuellement.

De plus la malade dit que « sur le coup » (sans pouvoir préciser davantage), elle a perçu le bruit de « machine à vapeur » qui depuis n'a pas cessé, et ne s'est pas modifié dans ses caractères; ce bruit, perçu seulement par la malade, serait constant, très intense, si bien qu'au début elle a cru en devenir sourde; ce bruit la réveille très fréquemment; elle ne peut dormir bien qu'après une fatigue très accusée; elle aime que ses compagnes fassent beaucoup de tapage autour d'elle, et elle leur a demandé à maintes reprises de crier et de chanter très fort : dans de tels moments, son propre bruit l'incommode beaucoup moins. C'est en vain que Mme P... a combiné des pressions de la tête à l'aide de ses mains, ou contre un mur, pour diminuer l'intensité de ce bruit, qui, fréquemment s'accompagne de maux de tête violents et très rebelles; ces douleurs, qui, au début, n'intéressaient que la région sus-orbitaire droite, sont maintenant généralisées à toute la tête. Aucun traitement spécial.

L'*examen de la région* (20 février), dénote une protrusion de l'œil droit; cet œil est porté en saillie, suivant une direction oblique en dehors et en bas, entre les paupières épaissies, œdémateuses, boursouflées; la saillie, mesurée au centre de la cornée, est de 12 millimètres, c'est-à-dire qu'elle est considérable.

Le tégument de la paupière supérieure est parcouru de veinules nombreuses, turgides, et richement anastomosées; pas de ptosis réel, seulement apparent par suite de l'augmentation de hauteur de la paupière : sous l'action du releveur, le tarse se relève normalement et le sillon tarso-palpébral se déprime nettement.

La paupière inférieure est un peu éversée en dehors.

La conjonctive présente un chémosis léger, surtout séreux; de nombreux vaisseaux contournés en parcourent la surface, surtout nombreux aux angles oculaires. Culs-de-sacs normaux.

La cornée ne présente aucune altération morphologique ou pathologique, gérotoxon sénile (bilatéral du reste). Pas de vaisseaux périkératiques, aucun épanchement dans la chambre antérieure.

La pupille est régulièrement arrondie, égale en surface à sa congénère; ne réagit pas à l'accommodation, ni à la lumière, tandis que la pupille oposée réagit très bien à ces deux impressions.

Examen pratiqué par M. Toubert, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — « L'acuité visuelle de l'œil droit est diminuée mais non abolie. La malade ne peut lire les caractères d'imprimerie de 1 centimètre de haut; elle distingue les doigts de la main à 1 mètre seulement et encore avec assez de peine.

Il existe de la diplopie intermittente, en particulier dans la partie externe du champ visuel.

Les milieux transparents de l'œil sont normaux.

L'examen du fond de l'œil montre qu'il existe un flou notable de la papille; celle-ci semble entourée d'une buée. La papille est hyperhémiée et œdémateuse : c'est l'aspect de la Stauungs-papille (papillite par stase). Dilatation des veines du fond de l'œil.

Cet état est symptomatique d'une compression vasculaire en amont du globe oculaire. »

Il est possible de réduire quelque peu l'exophtalmie, en pressant — avec précaution — des deux pouces sur la paupière supérieure abaissée au devant du globe; on sent une résistance très grande, les pouces sont soulevés régulièrement par des battements, isochrones au pouls radial, ce véritable soulèvement est d'autant plus accusé que la pression exercée est plus forte. Ces pulsations sont également bien senties au-dessus de la tumeur oculaire proprement dite, dans l'angle supéro-interne de la base de l'orbite, immédiatement sous l'arcade sourcilière; à ce niveau, ces pulsations sont moins violentes et transmises par un corps moins tendu, mais bien nettement délimité : c'est une tumeur non saillante, car son volume se noie dans l'épaississement œdémateux de la paupière supérieure, régulièrement arrondie, lisse, fluctuante et peu tendue, donnant l'impression d'une bourse séreuse sous-cutanée; elle est oblongue, allongée quelque peu, parallèlement à l'arcade sourcilière, revêt ainsi la forme d'une amande dont l'extrémité externe ne dépasse pas la ligne verticale médiane de la base de l'orbite, et dont l'extrémité interne est sentie se prolonger dans la profondeur, en ne dépassant pas, superficiellement, une ligne verticale passant par le bord externe du repli demi-lunaire. En la palpant, en même temps qu'on perçoit la pulsation sus-énoncée, on sent un frémissement vibratoire, un thrill très accusé; de plus cette petite tumeur se réduit facilement, rapidement et dans sa totalité sous la pression des doigts; une fois réduite dans l'orbite, on ne peut parcevoir la direction et la disposition de sa partie profonde ; sitôt que dans cette position, le doigt la quitte, elle se reforme immédiatement avec les mêmes caractères.

L'auscultation du globe oculaire nous révèle un souffle extrêmement fort, en jet de vapeur, continu, avec redoublement. Souffle qui se perçoit même en plaçant l'oreille à distance du stéthoscope (3 centimètres). Pas de piaulement.

Ce souffle est entendu — avec tous ses caractères, mais plus ou moins fort suivant le point ausculté — sur toute la surface tégumentaire cranienne et faciale; il n'y a pas un point où on ne le perçoit pas; on l'entend même en appliquant le pavillon du stéthoscope sur les apophyses épineuses cervicales, jusqu'à la proéminente.

On ne relève aucun signe particulier en auscultant les vaisseaux du cou et les orifices cardiaques, si ce n'est la violence des contractions et de l'ondée sanguine, en rapport avec une artériosclérose évidente et prononcée.

La compression faite sur la carotide primitive droite (du côté de l'œil malade), au niveau du tubercule de Chassaignac, ne modifie EN RIEN le

bruit de rouet perçu par la malade, mais diminue un peu le thrill; la compression sur la carotide primitive gauche n'a aucun effet; mais la compression simultanée des deux carotides primitives supprime COMPLÈTEMENT le bruit, et aussi le thrill et le souffle qu'un aide peut rechercher en vain pendant la compression bicarotidienne; ajoutons de suite que cette dernière ne modifie en aucune façon la faculté visuelle de l'œil intéressé; l'acuité en est du reste notablement diminuée; des caractères gros d'imprimerie de 4 à 5 millimètres de hauteur ne sont pas lus à une distance de 20 centimètres; les doigts de la main sont comptés à 2 mètres environ; diplopie intermittente, surtout dans le regard à droite; diminution de l'excursion du globe oculaire, en haut et en bas, impossibilité de le porter directement en dehors par suite de la paralysie du droit externe.

La sémiotique de cette affection nous permet d'abord d'affirmer que nous sommes en face d'une tumeur anévrismale, et qu'il ne s'agit pas d'un anévrisme artériel puisque le souffle est continu et qu'il existe un thrill des plus manifestes. Le souffle est continu avec redoublement; il est de plus toujours semblable à lui-même, jamais il ne prend le caractère intermittent; enfin on le perçoit très loin de l'orbite; toutes ces particularités sont en faveur d'un anévrisme artério-veineux d'autant plus que les caractères décelés à la palpation montrent une tumeur molle, lisse, facilement et rapidement réductible; cette tumeur est la veine ophtalmique dilatée et on ne retrouve aucune des sensations que pourrait donner un anévrisme cirsoïde ou une tumeur maligne vasculaire.

Enfin l'évolution rapide de la tumeur, et la notion du trauma à l'occasion duquel ont eu lieu les accidents, sont également en faveur d'un anévrisme artério-veineux.

Où siège cet anévrisme artério-veineux?

Il est certain que la tumeur sus-oculaire, animée de battements, est la veine ophtalmique dilatée (lisse, arrondie, moyennement tendue, facilement réductible, se reforme instantanément); l'artère ne peut être que l'ophtalmique dans l'orbite, ou la carotide interne à la base du crâne dans son parcours à travers le sinus caverneux.

Or, l'artère et la veine ophtalmiques, séparées dès leur entrée au sommet de l'orbite par un pont osseux large de 4 millimètres, divergent un peu en se portant vers la base; il est alors impossible d'admettre qu'à l'occasion d'un trauma, l'artère se soit ouverte dans la veine, alors qu'avant lui il n'y avait aucune espèce de symptôme d'altération vasculaire; de plus, en admettant l'existence d'un anévrisme intra-orbitaire, on ne comprendrait pas la disparition des symptômes objectifs par la pression bilatérale sur les carotides primitives, alors que la pression sur la carotide droite n'a aucun effet. On ne comprendrait pas non plus la paralysie élective du droit externe par compression du nerf; rappelons que la sixième paire est seule à passer dans le sinus tandis que les nerfs voisins sont inclus dans sa paroi. Il s'agit donc bien d'un anévrisme artério-veineux carotido-caverneux.

Il est évident d'autre part que le trauma a joué un rôle déterminant des

plus nets, puisque l'exophtalmie a progressé immédiatement et que le bruit de machine à vapeur a été perçu sur le coup; ces symptômes sont pathognomoniques de la rupture artérielle et de l'établissement de la communication entre les deux vaisseaux; cette rupture n'a pu se faire que grâce à l'altération de la paroi, car on ne peut admettre qu'un si léger trauma ait entraîné une fissure osseuse de la base, avec production de la petite esquille classique (Thèse Delens, 1870), détachée de la portion interne du bord de la grande aile du sphénoïde, immédiatement sous le sinus caverneux, et encore moins la fracture transversale qui, détachant de l'apophyse basilaire la partie postérieure du corps du sphénoïde, porte en avant et en dehors le soubassement de l'apophyse clinoïde postérieure; cette altération pariétale de l'artère n'avait pas encore entraîné la production d'un anévrisme, car celui-ci, assez développé pour se déchirer sous l'influence d'une légère commotion, aurait certainement manifesté sa présence par quelques symptômes subjectifs; il est vraisemblable que seulement l'artériosclérose, que nous trouvons généralisée à tous les gros vaisseaux, avait altéré profondément la paroi carotidienne, l'avait privée de toute élasticité, et que dans ces conditions la déchirure a pu se produire sous l'influence d'une augmentation de tension artérielle au moment du coup; ajoutons d'ailleurs qu'il a été insignifiant, l'œil et les paupières n'ayant été le siège d'aucune trace de contusion sérieuse.

Quoi qu'il en soit, la tumeur se développant rapidement, et la malade étant très gênée par le bruit incessant qu'elle entendait, je me suis décidé, depuis le jour où je vous l'ai présentée, à intervenir, et j'ai pratiqué à droite la ligature de la carotide primitive, me réservant de refaire ultérieurement la ligature de la carotide primitive gauche et au besoin, selon le conseil qui m'en avait été donné par M. Delbet, une intervention directe sur le sinus caverneux lui-même.

L'intervention n'a présenté aucun incident. Aucun trouble cérébral n'a été signalé. La réunion par première intention a été obtenue au bout de six jours.

Le résultat thérapeutique a été le suivant :

Aussitôt l'opération, tous les phénomènes subjectifs ont disparu. Le thrill a persisté les deux premiers jours et a disparu définitivement le troisième jour. Elle ne présente actuellement qu'un peu d'exophthalmie qui n'a plus de tendance a augmenter; il y a donc arrêt dans le développement progressif de la tumeur.

Je vous représente la malade aujourd'hui et vous demande la conduite à tenir.

M. Tuffier demande à M. Picqué pourquoi il n'a pas lié la carotide interne, ce qui lui eût semblé plus logique.

Laryngectomie totale.

M. PIERRE SEBILEAU. — J'ai pratiqué récemment la laryngectomie totale à un homme de quarante-six ans. Voici le larynx et voici le patient.

Sur le larynx, vous voyez une tumeur végétante qui occupe à gauche la corde vocale, toute la région ventriculaire, la bande ventriculaire et remonte jusque dans la zone vestibulaire, d'où elle envahit, à droite, la corde vocale supérieure. La tumeur est bien intracavitaire ; elle ne débordait pas dans le pharynx par dessus les aryténoïdes.

Le malade, comme vous en pouvez juger, est en bon état. Il est frais, gras. Je l'ai opéré le 17 mars, il y a un mois et demi. La plaie cervicale est complètement guérie. Il ne reste plus dans le cou que l'orifice, presque trop étroit, de la canule trachéale. Le patient n'a perdu que trois livres depuis son opération. Il déglutit très bien les solides et les liquides. Je vous le représenterai dans quelques jours, quand il parlera avec son larynx artificiel.

Deux mots sur l'opération et les suites opératoires.

J'ai pratiqué la laryngectomie par le procédé de Périer auquel j'ai apporté deux petites modifications qui en facilitent un peu l'exécution. Je ne sépare pas l'œsophage de la trachée avant de sectionner celle-ci en travers ; cette séparation constitue un temps toujours un peu long et difficile, durant lequel on peut déchirer l'œsophage. Je tranche donc simplement la trachée. Quand j'arrive sur la paroi postérieure, je la coupe avec précaution pour ne pas entamer l'œsophage : celui-ci se reconnaît assez facilement ; on ne lui fait courir aucun risque si on a soin d'exercer une bonne traction sur les fils suspenseurs de la trachée.

Quand la carcasse laryngée est bien isolée de son revêtement musculaire, Périer la soulève et la dissèque, la sépare de bas en haut. On court ainsi le risque de faire dans le pharynx une trop grande brèche. Je pratique ici la manœuvre que Quénu a employée dans un cas de pharyngotomie verticale inférieure dont nous avons étudié ensemble le manuel opératoire. Je place un écarteur à griffes sur le bord postérieur de la lame thyroïdienne et j'attire fortement cette lame thyroïdienne, faisant presque basculer latéralement la carapace laryngée. Cela tend les fibres du thyro crico-pharyngien que je sectionne tout au ras du thyroïde et du cricoïde. Ainsi la paroi pharyngée est ménagée tout entière.

Cela permet de faire une bonne suture du pharynx et d'éviter les plicatures, les valvules qui rendent plus tard la déglutition difficile. Cette suture avait ici la forme d'un T ; la portion verticale

représentait l'union des deux sections rétro-thyro-cricoïdiennes; et la portion horizontale, l'adaptation à ces dernières de la section sus-aryténoïdienne. J'avais une reconstitution complète du pharynx.

Les suites opératoires ont été heureuses. La température vespérale a atteint 38°5 pendant deux jours; le troisième elle descendait à 38 degrés; le quatrième elle tombait à 37 degrés pour n'en plus jamais sortir. Je ne crois pas qu'il soit possible de réaliser une plus jolie courbe thermique. C'est presque celle d'une opération dans un milieu aseptique.

J'attribue cette heureuse évolution à plusieurs choses : 1° à la fréquence et à la scrupuleuse exécution des pansements que j'avais confiés à mon élève et ami le Dr Gibert, assistant libre de mon service ; 2° à l'emploi d'une canule trachéale récemment imaginée par mon ami Lombard et que je vous présente ici. Cette canule a une double plaque ; son col se prolonge au delà du plan cutané. La plaque profonde, large, s'applique sur les téguments ; la plaque superficielle sert de point d'appui et d'attache à la canule mâle; entre les deux on applique le pansement. Elle éloigne ainsi les mucosités trachéales de la plaie cervicale ; c'est un vrai progrès; 3° à la mise en pratique du décubitus très incliné que j'impose à tous mes pharyngectomisés et qui permet aux sécrétions, non seulement de ne pas pénétrer dans les voies respiratoires, mais encore de s'évacuer par les brèches cutanées cervicales qui doivent drainer toujours largement ces champs d'opération si faciles à l'infection.

Table d'opération.

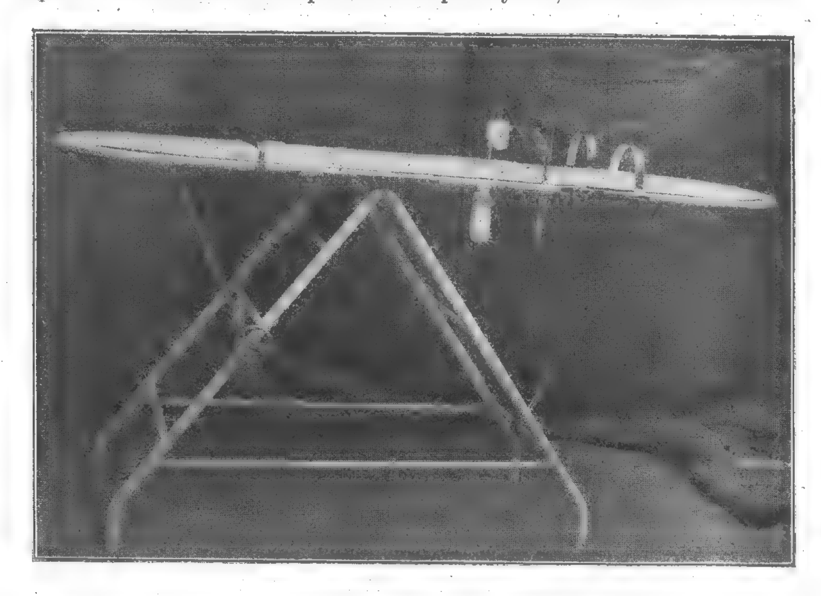
M. Quénu. — Cette table construite par M. Guyot a été essayée pendant quatre mois dans mon service, améliorée et perfectionnée par mes assistants et par moi-même.

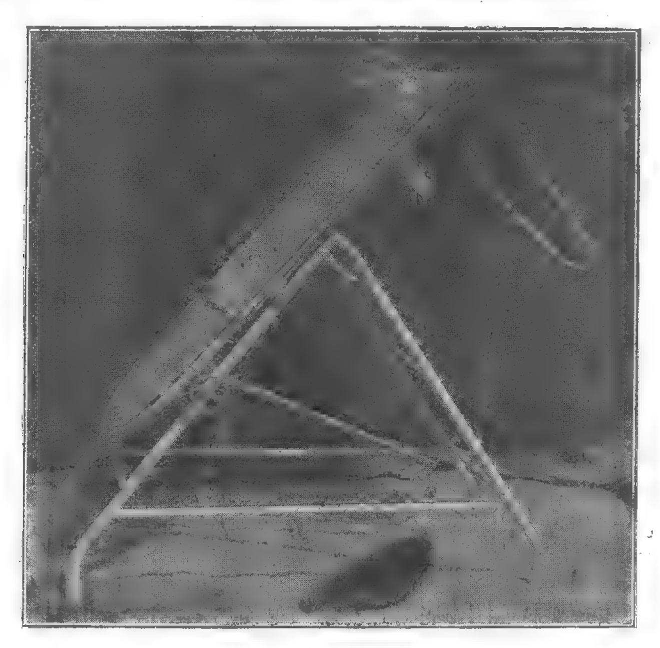
Elle est caractérisée essentiellement par le mouvement automatique de bascule des deux parties en sens inverse de façon à former un double plan incliné. Le mouvement s'exécute par la manœuvre du plateau principal de la table, la rallonge étant entraînée dans le mouvement inverse par la tige d'appui qui pivote autour de son point fixe.

Dans la plus grande inclinaison, le plateau et la rallonge forment par rapport au plan horizontal un angle de 50 degrés chacun, et l'angle intérieur est par conséquent de 80 degrés.

Cette table est munie de deux épaulières, disposition bien

connue qui permet de ne pas serrer les jambes par des lacs (ce qui on le sait détermine parfois des paralysies). Le mouvement de





bascule s'obtient à l'aide d'une petite roue mise à la portée du chloroformisateur qui peut ainsi en une seconde basculer ou

ramener la table à l'horizontale. Cette manœuvre à mon avis est essentielle et doit être sous la main du chloroformisateur : certains malades au bout de quelques minutes d'inclinaison deviennent violets, s'asphyxient, et on doit pouvoir rapidement obvier à ces accidents par un changement rapide d'attitude.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 MAI 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Valeur de la gastro-entérostomie dans les hémorragies gastriques par ulcère simple.

M. Tuffier. — Avant de discuter le fond même de cette question, il faut préciser trois points : ce qu'est un *ulcère en évolution* et un ulcère dit *hémorragique*, et enfin le mode d'action de la *gastro-entérostomie* appliquée à la cure de cette lésion.

Les ulcères florides sont de nature variable et encore indéterminée. Leur étendue, leur profondeur et leur siège n'ont qu'une influence tout à fait secondaire sur les hémorragies qui les accompagnent. C'est ainsi que nous voyons un petit ulcère du volume d'une tête d'épingle tuer par hémorragie ou, tout au moins, donner lieu à des hémorragies profuses, alors qu'un vaste ulcère s'accompagnera d'un léger suintement sanguin. On comprend que, suivant le siège, la profondeur ou les adhérences de l'ulcère, on doit appliquer une thérapeutique différente et qu'une seule opération, comme la gastro-entérostomie, ne puisse être la méthode de choix pour toutes ces variétés.

Quant à l'hémorragie des ulcères, elle est non pas une compli-

cation, mais un symptôme. Braumwel dans son mémoire de 1903 ne la voit manquer que 17 fois sur 132 cas.

Ayant relu à propos de cette communication toutes mes observations d'ulcères florides ou cicatrisés contre lesquels j'ai eu à intervenir, je vois que presque tous ont été le siège d'hémorragies, dont plus de la moitié si abondantes et si anémiantes que la discussion d'une intervention immédiate se serait sans doute posée, si j'avais vu les malades à ce moment.

La source même de ces hémorragies est variable. Si, dans certains cas, une ulcération de la splénique ou de la coronaire stomachique est démontrée, il en est d'autres où des vaisseaux de très mince calibre ont été seuls ouverts, et il faut bien invoquer l'état général du sujet pour expliquer la persistance de l'hémorragie. Si, dans le premier cas, malgré l'observation de Robson, qui après une gastro-entérostomie faite pour hémorragie duodénale trouva ultérieurement un solide caillot dans l'artère pancréatique ou duodénale, je ne crois pas à l'efficacité de la gastro-entérostomie, j'en suis bien moins partisan dans le second cas. C'est à une thérapeutique médicale rendant le sang plus facilement coagulable qu'il faut recourir. L'ulcère hémorragique n'est pas une entité morbide et par là même *un seul* mode d'intervention ne peut lui être appliqué.

Le but de la gastro-entérostomie pour combattre l'hémorragie gastrique, c'est la mise au repos de l'estomac; mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que cette mise au repos n'est que *relative*. Les aliments ne traversen pas alors l'estomac comme ils traversent l'œsophage. J'ai montré il y a bien des années et avec d'autres auteurs, que dans l'estomac ainsi anastomosé les aliments séjournent et séjournent un temps normal nécessaire au chimisme gastrique, et le nouveau pylore n'entre en fonction qu'au moment où l'estomac se contracte pour expulser son contenu. Aussi Eiselberg a-t-il proposé de faire non seulement la gastro-entérostomie mais la jéjunostomie d'emblée et d'alimenter le malade par la bouche jéjunale. Il semble qu'ainsi l'estomac soit bien au repos, puisque les aliments ne le traversent pas, mais il n'en est rien, car nous savons que sous l'influence de certains aliments mis au contact de l'intestin ou même simplement vus par le malade les glandes gastriques secrètent un liquide actif; dans tous ces cas la mise au repos n'est donc que relative.

J'ai pu dans un cas que je vous ai montré ici le 29 juillet 1903 montrer la puissance de l'évacuation complète de l'estomac sur cette hémostase. Dans un cas d'hémorragie gastrique aiguë et à répétition que mon collègue M. Troisier m'avait demandé d'opérer, je trouvai l'estomac très distendu, sans trace apparente d'ulcère.

J'ai fait la gastrotomie, j'ai extrait un énorme caillot fétide du volume et du poids d'une tête de fœtus, j'ai asséché la muqueuse, suturé complètement l'estomac et mis le malade au traitement médical. Il a parfaitement guéri. C'est en somme en supprimant le corps étranger septique que j'ai tari l'hémorragie. Et ce qui donne une certaine valeur à cette interprétation, c'est que dans un autre cas dont je vous ai parlé et qui date de quatre ans, j'ai fait dans les mêmes circonstances, mais sans évacuation complète de la cavité gastrique, la simple gastrostomie et le drainage de l'estomac sans aucun succès.

J'examinerai la valeur de l'anastomose gastrique dans les trois variétés classiques de gastrorragie par ulcère : *foudroyante*, *aiguë*, *chronique*. La forme *foudroyante*, c'est celle de l'observation de M. Quénu; elle n'est pas intéressante dans la question, puisqu'elle est au-dessus de nos moyens d'action.

Dans les formes *aiguës*, c'est-à-dire dans les hémorragies très abondantes, continues, anémiant profondément le malade, la valeur du traitement chirurgical est vraiment intéressante elle préoccupe un peu partout les chirurgiens car elle vient d'être l'occasion d'une série de mémoires, surtout américains, de travaux présentés à la Société clinique de Londres (17 octobre 1903), et d'une discussion au 26e Congrès de Chirurgie allemande.

L'intervention armée, qui avait d'abord semblé prévaloir, puisqu'en somme il s'agissait d'une simple hémorragie et que nous sommes en général très puissants contre cet accident, a perdu notablement du terrain, et l'entente s'établit de tous côtés pour reconnaître la supériorité du traitement médical. En prenant les statistiques brutes, statistiques actuellement puissantes, la thérapeutique chirurgicale a baissé sa mortalité du chiffre énorme de 66 p. 100 accusé par Savariaud à 37 p. 100 que nous fournit notre relevé actuel; mais le traitement médical sur des malades suivis pendant de longues années par Braumwel ne donne qu'une mortalité de 1,9 p. 100 par hémorragie. C'est que ce traitement médical a fait de notables progrès. Absence de toute alimentation, injection de sérum, repos et immobilité absolue du malade sont les trois principes universellement reconnus. Aussi pour faire actuellement un relevé légitime on ne doit tenir compte que des observations dans lesquelles ce traitement a été rigoureusement institué.

Pourquoi la thérapeutique chirurgicale est-elle si lourdement chargée alors que la gastro-entérostomie pour ulcère simple nous donne une mortalité insignifiante ou nulle? C'est que l'intervention est faite alors dans des conditions très défavorables. Il faut avoir été aux prises avec des cas de ce genre pour en bien com-

prendre toute la gravité. L'anémie et la faiblesse extrême du malade nécessitent une rapidité opératoire et un minimum de chances d'infection pour avoir quelques chances de succès. Or, cette rapidité opératoire, si elle est réalisable dans quelques cas où l'ulcère est facilement atteint, est tout à fait impraticable lorsque vous êtes obligé d'ouvrir l'estomac et d'en faire l'exploration minutieuse pour chercher un petit ulcère plus ou moins caché vers le cardia ou vers le haut de la petite courbure. L'inversion de la muqueuse gastrique rend les chances d'infection beaucoup plus grandes et cependant le chirurgien a parfaitement conscience que s'il ne découvre la source de l'hémorragie il aura fait une opération incomplète. Il y a là une série de causes qui expliquent bien la statistique déplorable que donnent ces interventions; aussi avec Kocher, Rodman, Robson, etc, je pense que l'intervention n'est indiquée dans ces cas aigus qu'après une deuxième ou une troisième hémorragie grave.

Dans le traitement opératoire de ces hémorragies, la gastro-entérostomie n'est souvent qu'un pis aller; il suffit de lire les observations pour voir qu'elle a été entreprise faute de mieux. Dans le cas que j'ai rapporté ici et dont a parlé M. Quénu, j'avais pratiqué dans les conditions d'hémorragie aiguë. Je l'avais faite parce que je n'avais pas trouvé la cause de l'hémorragie. Elle fut parfaitement insuffisante parce que la malade succomba à de nouveaux écoulements sanguins et lorsque je vous ai apporté l'estomac personne ne pouvait voir la minime ulcération du volume d'une tête d'épingle, cachée dans les plis de la muqueuse. Et ce sont ces cas là qui grèvent la statistique de cette opération et qui en démontrent bien l'insuffisance.

Dans son intéressant mémoire Rodmann a décrit douze procédés opératoires, et encore n'a-t-il pris que les procédés *simples*, laissant les procédés *combinés* tels que la gastro-entérostomie associée à l'excision de l'ulcère, à la ligature muqueuse ou à la jéjunostomie. Je vous fais grâce de l'énumération de tous ces procédés et je cite à titre de simple renseignement les principales indications où l'ulcère est ou *limité* aux tuniques de l'estomac ou *adhérent*. Dans le premier cas, s'il est d'accès facile, c'est à la résection de la paroi ou à la simple ligature de la muqueuse suivant son siège que j'aurais recours.

Cette dernière intervention dans les treize cas que j'ai relevés a donné treize guérisons, si son accès est difficile c'est à la ligature à distance soit circonférencielle soit sur les branches artérielles d'irrigation de l'ulcère que j'aurais recours, et j'y ajouterais la gastro-entérostomie combinée.

Si l'ulcère est adhérent et d'accès facile sans sténose, le grattage, la suture, la ligature, sont encore de mise et là encore je ferais une gastro-entérostomie complémentaire, surtout si l'ulcère voisin du pylore est sténosant. Enfin dans les ulcères multiples ou introuvables, la gastro-entérostomie est un pis aller auquel on peut avoir recours.

Ces dernières variétés sont particulièrement graves : les faits démontrent toute la difficulté qu'on peut avoir à découvrir les différentes ulcérations puisque, dans la fameuse observation de Joy, l'opérateur sutura d'abord treize ulcères prépyloriques, et huit jours après de nouvelles hémorragies firent découvrir six nouvelles ulcérations près du cardia, et le malade mourut.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces cas spéciaux, notre intervention dans ces cas d'hémorragie gastrique est indiquée par une hémorragie grave et répétée après l'échec d'un traitement médical bien conduit et l'anastomose gastrique n'est qu'un des éléments de cette thérapeutique opératoire.

Dans les variétés *chroniques* d'hémorragie par ulcère l'intervention chirurgicale peut retrouver au contraire tous ses droits, et cela pour plusieurs raisons. D'abord les statistiques montrent la parfaite innocuité de l'intervention, de plus, à l'indication tirée de la perte de sang se joignent le plus souvent d'autres facteurs tels que les troubles gastriques avec ou sans sténose. Bien que tous les procédés opératoires dont nous avons parlé soient ici applicables ; la gastro-entérostomie, simple ou combinée, présente alors les plus larges indications. Elle facilite l'expulsion du chyme gastrique et met terme à tous les accidents qui en dérivent et même aux hémorragies.

Les faits qui le démontrent sont maintenant vraiment innombrables. Pour ma part je suis intervenu neuf fois pour des variétés de ce genre et les succès ont dépassé de beaucoup mes premières espérances. J'ai des malades guéris depuis bien des années et je n'ai jamais vu d'hémorragie consécutive ou tardive. Je considère donc cette intervention comme parfaitement légitime. Sans doute les quelques faits que M. Quénu a rapportés sont intéressants et, à la statistique qu'il nous dit avoir hâtivement effectuée, je pourrais moi-même ajouter quelques cas. Leur nombre serait malgré cela bien infime comparé aux milliers d'opérations pratiquées en pareil cas ; ils constituent une rareté ; aussi je crois toujours que, bien appliquée dans ces cas spéciaux la gastro-entérostomie simple ou combinée est une excellente opération que nous devons conserver sans nous laisser influencer par des faits exceptionnels d'hémorragies récidivantes.

Communications.

Le drainage du canal hépatique,

par M. LEJARS.

La question de la cholédocotomie a été maintes fois discutée ici, et encore dans le courant de l'année dernière, à la suite d un rapport de M. Guinard; si j'y reviens aujourd'hui, c'est que je désire vous entretenir d'un point de technique, d'un réel intérêt, me semble-t-il, et vous communiquer, à ce propos, trois observations : je veux parler du drainage du canal hépatique.

Je dirai tout uniment comment je suis arrivé à utiliser cette pratique, et dans quelles conditions il m'a semblé rationnel et légitime d'en faire, en quelque sorte, l'expérience. Comme beaucoup de chirurgiens, j'ai commencé par la cholédocotomie avec suture, et le premier fait de ce genre que je vous ai présenté, le 19 février 1896, était précisément un cas d'extraction d'un calcul unique du cholédoque, suivie de la réunion du canal. Quelques opérateurs sont restés, aujourd'hui encore, fidèles à cette méthode de la réunion immédiate du cholédoque, dans les limites où elle est matériellement praticable, et, dans un tout récent article, notre collègue, M. Montprofit (1) s'en déclarait partisan.

En ce qui me concerne, si je n'ai pas renoncé à fermer d'emblée, au moins en grande partie, un cholédoque aisément accessible, de paroi à peu près normale, contenant une bile claire et fluide, et ce, après l'ablation d'un seul calcul oblitérant; mais j'estime que ces conditions sont trop rarement réalisées, pour qu'on puisse voir là autre chose qu'un procédé occasionnel et d'exception, et, à l'exemple de M. Quénu, je ne suture plus l'incision cholédocienne, je laisse un drain à son contact ou même qui pénètre dans le canal, et, autour et au-dessous de lui, un tamponnement à la gaze stérilisée.

Le drainage du canal hépatique ne représente, en somme, qu'une étape de plus dans cette voie. Doit-on lui reconnaître de réels avantages ou des indications spéciales? Il y avait peut-être lieu de se le demander, en présence de la série considérable et toujours croissante d'observations publiées par M. Kehr (de Halberstadt) (2),

(1) Montprofit. Trois cholédochotomies avec remarques sur le manuel opératoire, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1er avril 1904, t. XIII, n° 4, p. 215.

(2) En 1902, il publiait une série de 90 cas de drainage du canal hépatique, (Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien, unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hydatikusdrainage, *Münchener medic. Woch.*, 28 oct. 1902,

et des arguments de fait qu'il a donnés, dans maints travaux, à l'appui de l'*Hepatikues-drainage.* J'avais été frappé depuis longtemps des statistiques énormes d'opérations biliaires qui émanaient de la clinique privée de M. Kehr, je tenais à le voir opérer et, en septembre dernier, j'ai passé quelques jours, dans ce but, à Halberstadt. De ce que j'ai vu, de ce qui m'a été dit et montré, de ce que j'ai lu, est né en moi le désir d'expérimenter, dans les premiers cas qui se sont présentés et qui me paraissaient devoir bénéficier de cette méthode, ce qu'on pourrait appeler le *drainage maximum* de la bile, et la dérivation temporaire — *totale* — par un drain hépatique. C'est le résultat de ces premières interventions que je vous apporte, sous la forme d'une contribution bien courte encore, puisqu'elle se borne à trois faits.

Obs. I. — *Ictère chronique. Crises douloureuses et fébriles. Décoloration des matières. Calculs du canal cholédoque et du canal hépatique. Cholédocotomie et hépaticotomie. Ablation de la vésicule et du cystique. Drainage du canal hépatique. Guérison.*

M[lle] R..., institutrice, cinquante et un ans, m'est adressée par mon collègue, le D[r] Launois, à la fin de décembre 1903.

Jusqu'en 1900, elle n'a eu aucune maladie sérieuse; elle souffrait seulement, et depuis longtemps, de migraines fréquentes et d'une constipation opiniâtre. En 1900, fièvre typhoïde grave.

En décembre 1902, elle ressent pour la première fois de vives douleurs dans l'épaule droite, qui se prolongent deux ou trois jours et qui sont qualifiées de névralgiques.

Ce fut en mars 1903 que se montra la première crise hépatique caractérisée par des douleurs à l'épigastre et à l'épaule droite et des vomissements bilieux : l'état de souffrance dure huit heures; il n'est pas suivi d'ictère.

Jusqu'en juillet, rien de nouveau : mais, pendant ce mois, surviennent trois accès de colique hépatique franche, et, dans leurs intervalles, la malade continue à souffrir un peu de l'hypocondre droit et de l'épaule, elle a des « malaises d'estomac », de la constipation, elle perd l'appétit. Enfin, le 17 juillet, l'ictère paraît; et, dans les mois qui suivent, il ne fait que s'accentuer.

La situation reste la même pendant le mois d'août, et la malade est contrainte de garder le lit d'une façon continue. En septembre, une nouvelle crise, très longue et très douloureuse, est suivie de vomissements verdâtres abondants. Depuis lors, les accès se répètent chaque semaine, moins violents, mais aggravant de plus en plus l'état général.

p. 1802). Un travail plus récent donne les observations de 33 cholédocotomies, avec drainage du canal hépatique, pratiquées du 6 octobre 1902 au 6 octobre 1903. (Bericht über 137 Gallensteinlaparotomien aus dem letzten Jahre (6-10-1902 bis 6-10-1903), unter gleichzeitiger Berücksichtigung der nicht operirten Fälle. München, 1904). — Voy. aussi : E. Berger, Die Hepatikus-rainage. *Arch. f. klin. Chir.* 1903, Bd. LXIX. 1 et 2.

Ajoutons que, depuis juillet, toutes les crises ont été accompagnées de frissons, et d'une température qui monte à 40 degrés et se prolonge plusieurs jours, avec de grandes oscillations.

Sur le conseil de M. le D[r] Launois, le 28 décembre, la malade entre dans notre service.

Elle est très amaigrie, et d'aspect presque cachectique. L'ictère est généralisé, vert olive; les démangeaisons sont insupportables ; la peau est sèche et rugueuse. Les urines sont d'un brun foncé, chargées de pigments biliaires. Les matières fécales sont entièrement décolorées; à plusieurs reprises on y a cherché des calculs sans en trouver.

Toute la région de l'hypocondre droit est très douloureuse, tendue, et résiste au palper; on parvient à reconnaître, sous le rebord costal, et le dépassant de trois travers de doigt environ, une masse qu'on délimite mal, qui paraît épaisse, irrégulière, et dans laquelle la vésicule ne dessine aucun relief appréciable. Le foie ne semble pas augmenté notablement de volume.

Occlusion du canal cholédoque ; ce premier point n'était pas douteux ; quant à la cause, l'hypothèse du néoplasme n'était pas sans vraisemblance, surtout en présence de la déchéance générale ; pourtant, l'évolution des accidents, les crises douloureuses répétées, l'absence de vésicule dilatée nous semblèrent témoigner en faveur de l'occlusion calculeuse. Et l'opération vérifia ce diagnostic.

Elle fut pratiquée le 2 janvier 1903, en présence de notre collègue M. Launois.

Je fis une incision en baïonnette, l'incision de M. Kehr, sur laquelle je reviendrai plus loin. Le ventre ouvert, je tombai d'abord sur une nappe d'adhérences anciennes, qui reliaient au bord antérieur du foie l'épiploon et le pylore « remonté », et qui masquaient toute la région. Ces adhérences furent sectionnées et rompues progressivement, et je découvris alors la vésicule : vésicule toute petite, cachée sous le foie, dure, mamelonnée, contenant des calculs et un peu de liquide. Elle fut, ouverte, débarrassée des calculs (5 à 6 petites concrétions arrondies, brunâtres) et de la bouillie biliaire qu'elle renfermait; puis l'incision fut poursuivie de proche en proche sur le canal cystique que l'on dégagea à mesure, jusqu'au canal cholédoque. On put alors explorer au doigt et à la vue tout le pédicule hépatique ; le cholédoque est occupé par plusieurs bosselures calculeuses, et l'on retrouve des noyaux durs, de même caractère, dans le canal hépatique jusqu'au hile.

Incision longitudinale du cholédoque sur sa face antérieure, de 2 centimètres environ : par cette brèche, en refoulant de bas en haut les calculs, on réussit à les extraire : il y en a trois, gros comme de petites noisettes, arrondis, bruns ; le cathétérisme du canal, de haut en bas, avec un stylet boutonné, recourbé, montre que le segment rétro-duodénal est libre jusqu'au duodénum. On cherche alors à faire descendre les concrétions du canal hépatique, mais ce mode d'extraction est impraticable. Incision du canal hépatique, sur le prolongement de l'incision cholédocienne, dans une hauteur de 2 centimètres et demi environ : les calculs les plus déclives se laissent alors dégager et enlever, mais l'on

constate que la série se continue, non seulement jusqu'à l'extrémité supérieure de l'hépatique, mais encore dans toute la longueur de sa branche droite (Fig. 1). Sous la pression prudente des doigts, les concrétions plus élevées finissent par se mobiliser, et, une à une, elles se présentent à l'incision et sont extraites : il y a, en tout, cinq calculs gros comme des pois et beaucoup d'autres, tout petits, et des débris.

Lorsque cette évacuation paraît complète, un drain est introduit dans le canal hépatique, et fixé à sa lèvre gauche par un point de cat-

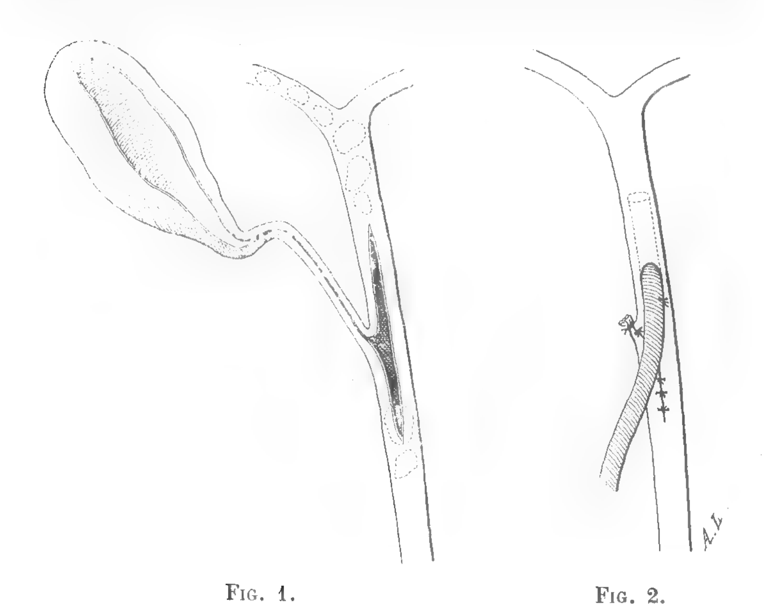


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. — Incision de la vésicule et du canal cystique. Cholédocotomie et hépaticotomie. Calculs du cholédoque, du canal hépatique et de sa branche droite. (Schématique.)

Fig. 2. — Drainage du canal hépatique. Suture du cholédoque, au-dessous. Ablation de la vésicule et du canal cystique. (Schématique.)

gut n° 1 ; au-dessous, l'incision du cholédoque est fermée par trois points de catgut n° 0; puis la vésicule biliaire et le canal cystique sont excisés, et l'embouchure du cystique dans le canal commun fermée aussi par un point de suture (Fig. 2). Trois lamelles de gaze stérilisée sont disposées en tamponnement au-dessous du drain et sortent à la partie moyenne de la plaie pariétale dont le reste est suturé à trois plans. Le drain est maintenu long et son extrémité déclive enchassée dans la partie inférieure du pansement.

L'intervention, qui avait duré une heure un quart, fut bien supportée. L'écoulement biliaire par le drain ne devint notable qu'au bout de deux jours; le drain fut enlevé au sixième jour, il vint sans difficulté; deux jours après, les lamelles étaient retirées à leur tour, mais avec plus de

peine, et ce fut même là ce qui retarda la guérison définitive. Notre gaze était trop « cuite »; elle se déchira, et des débris restèrent dans le foyer, qui retardèrent la cicatrisation : il fallut, dans le courant de mars, faire un petit débridement pour aider à la recherche de ces corps étrangers et curetter la cavité restante.

Cependant, les matières fécales, au bout d'une huitaine de jours, reprenaient peu à peu leur coloration normale; les pigments disparaissaient des urines et l'ictère commençait à s'effacer. Quant aux douleurs, elles avaient totalement cessé.

Aujourd'hui, la cicatrisation, retardée par cet accident dont j'ai parlé, est complète, et l'état général est excellent. Je vous ai présenté la malade dans la séance du 20 avril dernier.

Dans notre second cas, les accidents hépatiques — caractérisés — étaient de date plus récente, mais ils avaient revêtu très rapidement un caractère fort alarmant et la situation paraissait aussi fort compromise, lors de l'intervention.

Obs. II. *Occlusion du cholédoque. Calculs du cystique et du cholédoque. Cholédocotomie. Ablation de la vésicule et du cystique. Drainage du canal hépatique. Guérison.*

Mme S..., quarante-quatre ans, entre, au début de 1904, dans le service de mon collègue, M. le Dr Florand, qui me l'envoie quelques jours après.

On ne trouve rien de notable dans ses antécédents, à part des migraines fréquentes. Elle est bien réglée; elle a eu trois accouchements normaux.

En décembre 1903, elle a une bronchite qui dure un mois.

Dans les premiers jours de janvier 1904, survient la première crise hépatique nette. Vers 11 heures du soir, la malade est réveillée par une douleur intense de la région épigastrique et de l'hypocondre droit, bientôt suivie de vomissements alimentaires, puis bilieux. La crise se prolonge jusqu'au lendemain soir; elle est suivie d'ictère; les matières fécales se décolorent et l'urine devient brun foncé. En huit jours, trois crises du même genre se succèdent. La malade est forcée dès lors de rester alitée; l'ictère se généralise et se prononce, accompagné de démangeaisons; l'appétit est entièrement perdu et la constipation opiniâtre; les matières fécales restent décolorées. Il y a eu plusieurs accès fébriles, et, à l'entrée de la malade dans le service de médecine, la température était de 38°5.

On trouve le foie gros, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes; son bord inférieur est, à ce niveau, nettement perceptible à la palpation, il est peu douloureux. La douleur siège plus bas dans la zone sous-hépatique, sans qu'on puisse d'ailleurs reconnaître autre chose, à ce niveau, qu'une sorte d'empâtement profond, sans limites nettes : on ne sent pas la vésicule. Un peu au-dessous, à la hauteur du muscle droit, on constate la présence, dans la paroi, et indépendante des plans

profonds, d'une tuméfaction à peu près arrondie, de la forme d'une petite mandarine, et sur la nature de laquelle il paraît bien difficile d'émettre une opinion ferme.

L'opération a lieu le 9 février 1904. Incision en baïonnette. En soulevant le rebord du foie, on découvre une grosse vésicule, encapuchonnée par l'épiploon, auquel la relient des adhérences fraîches et aisément décollables. On la ponctionne, et l'on retire 6 calculs noirâtres, ronds, gros comme des noisettes, les uns libres, les autres enclavés dans le col et l'origine du canal cystique.

L'incision est poursuivie tout le long du cystique, jusqu'au cholédoque, qui est incisé sur sa face antérieure; par le refoulement de bas en haut, on en retire deux calculs semblables à ceux de la vésicule et friables ; le duodénum remonte très haut sur le devant du canal, et l'exploration de la partie inférieure laissant quelques doutes, on pratique une duodénotomie antérieure, juste suffisante pour aller examiner l'ampoule avec le doigt : on ne constate aucune concrétion ni à son niveau, ni au-dessus. Le duodénum est refermé par un double surjet. On ne trouve rien non plus dans le canal hépatique.

Pour finir, un drain est introduit, par l'incision du cholédoque, dans le canal hépatique et pénètre de 3 centimètres environ; il est fixé par un catgut n° 2 à l'une des lèvres. Au-dessous, on rétrécit par deux points l'ouverture cholédocienne. Puis, la vésicule et le cystique sont excisés, et l'implantation du cystique également suturée.

Deux bandes de gaze aseptique sont disposées au-dessous du drain, qui est laissé long, hors de la plaie. Réunion du reste.

Ajoutons qu'au cours de l'incision de la paroi, on avait ouvert cette tuméfaction dont nous parlons plus haut, et qui aurait pu donner l'illusion du fond adhérent de la vésicule : c'était, en réalité, un hématome du grand droit.

Les premiers jours qui suivirent l'intervention furent assez pénibles; l'écoulement biliaire devint rapidement très abondant. Au quatrième jour, je retirai les lamelles, en laissant le drain hépatique, qui fut enlevé lui-même au dixième jour. Les matières étaient redevenues colorées; l'ictère s'atténuait en même temps, et l'état général était de jour en jour meilleur. A la fin de mars, la cicatrisation était complète, et la malade quittait l'hôpital dans une santé des plus satisfaisantes qui n'a fait, depuis, que se confirmer. Je vous l'ai présentée également le 20 avril dernier.

Quant à la troisième observation, elle n'a pas eu cet heureux dénouement; mais, comme je le dirai plus loin, je crois que la technique y est pour peu de chose, et qu'en réalité les lésions rénales étaient trop avancées pour qu'aucune intervention fût supportée.

Obs. III. *Lithiase biliaire infectée ancienne. Occlusion du cholédoque. Calculs du cystique et du cholédoque. Cholédocotomie. Ablation de la vésicule et du cystique. Drainage du canal hépatique. Mort d'anurie.*

M[me] L..., 57 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 22 décembre 1903, dans le service de mon collègue le D[r] Launois, qui me l'adresse le 27.

C'est une femme très amaigrie et d'aspect cachectique. Les accidents hépatiques remontent, chez elle, à l'année 1893; elle fut prise alors, la veille de la Toussaint, dans la nuit, de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, irradiées à l'épaule; l'ictère parut tout de suite et les selles se décolorèrent. Cette première crise dura 3 ou 4 jours.

En 1894, deux nouveaux accès, accompagnés de vomissements, d'ictère et de décoloration des matières fécales. Depuis, les douleurs ne reparaissent pas sous la forme aiguë, mais la région hépatique reste sensible, les digestions se font mal, et la santé générale reste peu satisfaisante.

Nouvelle crise le 28 août 1903 : l'ictère s'établit alors à demeure, et, depuis quatre mois, n'a fait que s'accentuer. Il est aujourd'hui très foncé, généralisé, et la peau jaune maculée par places d'érosions dues au grattage. Les selles ont la couleur et l'aspect du plâtre sale. Les urines sont très foncées, rares (700 grammes); elles ne contiennent pourtant ni albumine ni sucre.

Toute alimentation est impossible, le lait lui-même n'est conservé qu'à petites doses et par intervalles; la malade vomit tous les jours, et l'état nauséeux est continuel. La peau est sèche, le facies bistré, terreux. Il n'y a pas actuellement d'élévation thermique.

On sent, au-dessous du rebord costal, et en dedans, une masse profonde, très sensible à la pression, épaisse, irrégulière, qui occupe la région de la vésicule biliaire; le foie lui-même n'est pas gros.

Le diagnostic est celui d'obstruction du canal cholédoque, avec une forte réserve sur la nature de cette obstruction et sur l'éventualité d'un néoplasme.

Opération le 31 décembre 1903. Incision de Kehr. On découvre, après avoir rompu des adhérences et dégagé la zone sous-hépatique, une vésicule ratatinée, grosse comme une amande, remplie de bouillie calculeuse; du col, on extrait un calcul gros comme une noisette; on poursuit alors l'incision le long du cystique, lequel est très dilaté, bourré de calculs, et descend très bas; à sa terminaison, on arrive sur le cholédoque, qui est ouvert, à son tour, sur sa face antérieure : il a la largeur du doigt médius et contient des calculs et des débris calculeux; on les évacue, et l'on reconnaît, par le cathétérisme, que le segment inférieur du conduit est perméable jusqu'au duodénum. Un drain est alors introduit dans le canal hépatique à travers les lèvres de l'incision; trois points de suture sont appliqués sur le cholédoque, au-dessous; la vésicule et le canal cystique sont excisés. Tamponnement avec trois lamelles aseptiques, réunion partielle de la plaie (1).

Les premiers jours se passèrent assez bien : le pouls était bon, il n'y avait pas de vomissement, pas de réaction abdominale. Pourtant, l'urine

(1) Dans les trois cas, l'examen de la bile, pratiqué par notre interne M. Duclaux, a montré qu'elle contenait en abondance du coli-bacille, associé au streptocoque, chez la dernière malade.

restait peu abondante. Au quatrième jour, elle devint tout à fait rare, 200 grammes tout au plus, puis l'anurie devint complète, et, le 6 janvier, la malade succombait, sans accidents bruyants, dans le coma.

Il me semble que la terminaison fatale, chez cette dernière opérée, ne doit pas être inscrite au passif de la technique employée : la déchéance générale était trop ancienne et trop profonde, l'altération rénale, signalée d'ailleurs par l'oligurie, trop irrémédiable pour qu'une intervention de quelque importance n'entraînât pas les plus graves dangers. D'autre part, le fait même de cette intoxication invétérée créait la nécessité d'une action rapide, seul recours, à cette période et dans ces conditions, contre la mort certaine. Enfin l'introduction d'un drain dans le canal hépatique ne saurait passer, en l'état, pour une réelle complication de la manœuvre opératoire, qui, pour remplir son but, ne pouvait être ni simplifiée, ni écourtée. Mauvais cas, opéré trop tard : telle est, à mon sens, la seule conclusion à formuler.

Chez mes trois malades, j'ai utilisé un type d'incision sur lequel je voudrais d'abord insister en quelques mots. C'est l'incision que j'ai vue pratiquer à M. Kehr, celle qu'il a depuis longtemps préconisée pour toutes les interventions sur les voies biliaires, l'incision ondulée (*Wellenschnitt*) ou en baïonnette. Elle commence à l'appendice xiphoïde, et, d'abord verticale et médiane sur la ligne blanche, elle s'incline à droite, obliquement, parallèle au rebord costal et à deux travers de doigt environ de ce rebord ; puis elle redevient verticale et descend, à peu près au niveau de la partie moyenne du droit, jusqu'à la hauteur de l'ombilic ; les fibres du muscle droit sont, de la sorte, obliquement sectionnées, dans leur moitié interne, par le trait intermédiaire, mais la moitié externe du muscle est intacte. Par cette incision, on obtient un jour excellent et un accès très libre sur la vésicule et tout le pédicule hépatique, et c'est là son réel avantage, au regard duquel il convient sans doute de tenir compte de la nécessité de sectionner le droit, au moins partiellement. Toutefois, grâce à la conservation du segment musculaire externe, la réparation est assez facile.

Je me suis servi de cette incision dans sept cas, depuis octobre dernier, et je dois dire qu'elle m'a toujours donné beaucoup plus de place et de facilité pour l'exploration ou l'intervention que les incisions verticales sur le bord externe du droit ou sur la ligne blanche ; enfin elle me semble toujours préférable aux incisions avec débridement transversal externe, qui sectionnent le droit dans toute sa largeur.

Mais je reviens au drainage du canal hépatique, et à la discus-

sion de mes trois faits. Un certain nombre d'objections pourront être faites à cette pratique : je me les suis faites à moi-même et quelques-unes ne sont pas sans valeur.

Tout d'abord, est-il bien nécessaire d'aller ainsi porter le drain jusque dans le canal hépatique, de l'y fixer, de l'y laisser en place huit, dix jours, ou plus ; n'obtient-on pas, en maintenant ouverte tout simplement l'incision du cholédoque, par le drainage et le tamponnement du foyer « extérieur », un résultat très analogue? Et d'ailleurs, ne nous est-il pas arrivé souvent de faire pénétrer le drain jusque dans le cholédoque, entre les lèvres de l'incision, et cela ne suffit-il pas? L'expérience répond affirmativement, dans un certain nombre de cas. Pourtant on ne saurait identifier les deux modes de drainage, et sans préjuger de la question de leurs indications respectives, leur action et leurs résultats ne sauraient passer pour entièrement semblables. Et cela est d'autant plus vrai que l'on se rapproche davantage de la pratique de M. Kehr. Chez mes opérés, j'ai fait pénétrer le drain dans le canal hépatique, jusqu'à sa mi-hautenr, je l'ai fixé par un catgut à la paroi du canal, je l'ai laissé sortir, très long, hors de la plaie abdominale, et j'en ai enveloppé l'extrémité dans la partie tout inférieure et déclive du pansement.

M. Kehr fait plus : il emploie un long tube, non perforé, de calibre variable, suivant le calibre même du canal hépatique, et dont l'extrémité vient plonger, hors du pansement, dans un récipient contenant un liquide antiseptique ; c'est un véritable siphon, qui, une fois amorcé, déverse toute la bile au dehors. On ne saurait nier que le drainage ne soit, en pareilles conditions, autrement effectif et complet que par l'apposition simple d'un tube de caoutchouc au contact de l'incision cholédocienne, fût-il même amené jusqu'entre les lèvres de cette incision. Ce premier point établi, indiscutable, il n'est pas démontré, d'ailleurs, que ce drainage *total* soit toujours indispensable, et même qu'il ne puisse présenter de réels inconvénients, dans certains cas où, la cavité abdominale étant bien protégée par le tamponnement et le drain sous-hépatique, il y a tout intérêt, en somme, à ce que la bile flue, d'emblée, en petite proportion, dans le bout inférieur du cholédoque, et reprenne ainsi plus vite son cours normal. C'est affaire d'indication, et nous allons y revenir.

Enfin, l'on peut craindre encore que le drainage hépatique ne remplisse pas toujours dûment sa fonction, qu'il rétrécisse un peu plus la lumière d'un canal, parfois étroit déjà ; qu'il soit bouché par un caillot, un peleton muqueux, un calcul « attardé » ; qu'il irrite la paroi du conduit et provoque du suintement sanguin. L'expérience peut seule répondre à ces objections ; elle

montre que les accidents de ce genre sont, en fait, exceptionnels, et ne doivent entrer en ligne de compte que dans une mesure fort restreinte.

Le drainage du canal hépatique reste donc, à notre sens, une pratique utile et à laquelle une plus large place est à faire peut-être dans la chirurgie des voies biliaires. Certes, on ne saurait y voir le complément nécessaire de toute intervention sur le cholédoque, et, ici comme partout, le système doit être banni, et les méthodes s'accommoder aux exigences variées de l'état local et général. M. Kehr reconnaît deux indications principales au drainage de l'hépatique : les complications angiocholitiques; la présence, dans les voies biliaires profondes, de concrétions qu'il est impossible d'extraire d'emblée, et qui, dans les jours qui suivent, se détachent et s'éliminent par la voie laissée ouverte.

Cette mobilisation secondaire de calculs primitivement inaccessibles et invisibles, et l'obstruction récidivée qu'ils peuvent provoquer, constituent, de fait, un des meilleurs arguments qu'on puisse opposer à la suture immédiate du cholédoque et de l'hépatique, mais il semble que la non-réunion de l'incision cholédocienne et le drainage du foyer ambiant suffisent souvent à permettre « l'excrétion » des calculs restants, sans qu'il y ait là une raison formelle de maintenir un drain dans le canal hépatique lui-même. Nous croyons que l'infection biliaire crée une indication autrement précise et que le drainage du canal hépatique, en réalisant une dérivation continue et totale de la bile septique, devient alors une précieuse ressource. On sait quelle créance bornée il convient d'accorder au drainage par les voies biliaires accessoires, au moins dans ces lithiases infectées, à foyers multiples, où la vésicule est le plus souvent ratatinée, et le canal cystique déformé, rétréci, partiellement oblitéré; d'autre part, le drainage « extérieur » et le tamponnement du foyer ne suffisent pas toujours à prévenir le suintement et l'infiltration de la bile septique jusque dans la grande cavité péritonéale, et surtout ne l'empêchent pas de couler en partie dans le bout inférieur du cholédoque, d'y stagner même, et d'y entretenir l'infection : il n'est guère douteux que la dérivation intégrale ou peu s'en faut, obtenue par le drainage du canal hépatique, ne réalise de meilleures conditions de guérison, tout en permettant, par l'excision de la vésicule et du cystique, de faire une opération plus complète et d'avenir mieux assuré. En tout cas, cette pratique me semble d'une réelle valeur dans les faits, analogues aux nôtres, où le type et l'évolution des accidents, les crises fébriles répétées, la déchéance générale témoignent d'une infection grave et généralisée des voies biliaires. Telles sont, du moins, les réflexions

qui m'ont été suggérées par l'histoire clinique et opératoire de mes trois malades, et que je soumets à votre appréciation.

M. Quénu. — J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Lejars; je ne saisis pas très bien la justification du mot méthode appliqué à la pratique de Kehr. Le drainage du canal hépatique n'est qu'une petite modification du drainage du cholédoque. Kehr n'est venu que secondairement à la non-suture systématique, une de ses premières opérations de non-suture étant en effet une opération de nécessité; en réalité, c'est Morison et moi qui avons conseillé de laisser le canal systématiquement ouvert. Or, que faisons-nous : tantôt, si la bile est fluide, nous mettons un drain au contact de l'ouverture cholédoquienne ; tantôt, si le cholédoque est dilaté et la bile épaisse, nous plaçons un drain dans le cholédoque, et alors, étant donné le niveau où se trouve l'incision, il est évident que si on enfonce un drain dans le cholédoque, ce drain se trouve par là même dans l'hépatique, nous avons fait du procédé de Kehr sans le savoir. Le fait important, c'est le drainage. Les avantages de ce drainage, évacuation secondaire de calculs et traitement de l'angiocholite, sont précisément ceux que nous avons invoqués Claisse et moi.

Quant à l'incision en baïonnette, c'est un peu celle à laquelle nous sommes conduits par la nécessité, que nous ayons commencé par une incision médiane ou par une incision latérale : forcément, quand nous sommes gênés, nous débridons le droit, non tout à fait en travers, mais obliquement le long du rebord costal, parce qu'instinctivement nous nous rapprochons le plus possible de la face inférieure du foie. Je suis tout disposé pourtant par la communication de notre collègue et l'expérience vaste de Kehr à commencer désormais et d'emblée par son incision en baïonnette.

M. Tuffier. — Un simple mot sur l'incision en baïonnette. J'ai employé depuis un certain temps l'incision oblique presque parallèle au rebord costal, mais j'y fais l'application d'un fort coussin au dessous de la région lombo-dorsale du malade suivant le procédé de Mayo Robson. On obtient ainsi un champ opératoire vraiment très large qui permet de bien voir toute la région duodéno-hépatique. Je suis tout prêt à adopter la baïonnette, mais j'attache une importance beaucoup plus importante au coussin dorso-lombaire.

M. Schwartz. — Je suis d'avis que l'incision rectiligne médiane ou latérale avec incision incomplète du droit perpendiculairement

à l'incision droite médiane ou latérale est largement suffisante pour aborder la face inférieure du foie.

Tracer l'incision cutanée d'avance en baïonnette me paraît une manière de faire bonne à adopter, mais sans y attacher trop grande importance. Je me suis servi de l'incision médiane avec branchement latéral dans un cas récent de lithiase biliaire très grave ; elle m'a donné un très bon accès, surtout grâce à la pose du coussin sous-thoracique d'après Robson.

M. Ricard. — Je pense, comme M. Quénu, que la véritable méthode est la méthode de « non-suture » du canal cholédoque. Cela suffit dans la plupart des cas, et, sans vouloir rapporter les différents faits que j'ai observés, je dirai que je me suis toujours bien trouvé du drainage simple entre les lèvres du canal cholédoque incisé, et je craindrais plutôt qu'un drain introduit dans le canal hépatique n'en diminuât le calibre et ne s'opposât à l'issue de calculs un peu volumineux.

M. Routier. — Je ne ferai qu'appuyer ce que vient de dire M. Ricard : comme je l'ai dit souvent ici, je n'ai jamais suturé le cholédoque quand je l'ai ouvert, pour la seule raison que je n'ai jamais pu le suturer. J'ai toujours agi ainsi, par nécessité sans avoir eu un instant la pensée d'en faire ma méthode.

Je place un drain au contact de ce cholédoque ouvert, et au-dessous de ce drain, je mets deux ou trois mèches stérilisées à plat qui limitent très suffisamment l'écoulement de la bile et la conduisent en dehors sans la laisser pénétrer dans l'abdomen.

Il me paraît nécessaire d'ouvrir le canal hépatique quand on y sent des calculs, mais il me semble tout aussi inutile de l'ouvrir s'il n'y en a pas.

M. Lejars. — Je suis un peu surpris des critiques qui viennent d'être faites ; je n'ai voulu soulever aucune question de priorité et je ne suis point le porte-parole de M. Kehr ; si j'avais fait un historique, je n'aurais pas manqué, croyez-le bien, de réserver à M. Quénu la très large part qui lui est due. Je n'ai pas voulu non plus présenter le drainage du canal hépatique comme un procédé nécessaire ni de valeur constante ; je ne le défends pas, je n'ai actuellement que trop peu d'éléments pour le faire. J'ai vu opérer M. Kehr ; à mon retour, j'ai cherché, dans certains cas qui me paraissaient s'y prêter, à utiliser cette pratique du drainage hépatique : j'ai soumis simplement mes faits à vos appréciations, et je suis heureux de les avoir provoquées.

En ce qui concerne l'incision en baïonnette, j'estime que si elle a un avantage sur les autres incisions qui intéressent le muscle droit, c'est que précisément elle permet de conserver une bandelette musculaire très forte et de ne pas faire de section totale, tout en donnant, je le répète, beaucoup de jour.

Quant au drainage du canal hépatique, il n'est évidemment qu'une variante de la méthode générale de dérivation biliaire, après les opérations sur le cholédoque ; je persiste à croire que, au moins lors d'angiocholite secondaire, il est appelé à rendre des services, comme chez les malades que je vous ai présentées.

Des intoxications par le naphtol camphré,

par M. le Dr A. GUINARD.

Il vient de m'arriver dans mon service de l'hôpital Saint-Louis une véritable catastrophe sur laquelle je crois utile d'appeler l'attention. Je pense rendre un véritable service en publiant ce fait dans tous ses détails.

Un jeune homme de vingt-huit ans entre dans mon service avec une tuberculose ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite. L'état général est bon, malgré un sommet droit suspect. Suivant une pratique courante, dont j'ai usé des centaines de fois sans observer le moindre incident, je ponctionne cet abcès froid ganglionnaire avec le gros trocart de l'appareil Potain, et, après l'avoir vidé, j'injecte par le même trocart, vingt-cinq centimètres cubes de naphtol camphré. Tout se passe aussi correctement que possible : le pus n'est nullement coloré par du sang ; le trocart ne se bouche à aucun moment, et je n'ai à faire aucune manœuvre inaccoutumée.

L'opération terminée, je me retourne pour me laver les mains, et le malade se confond en remerciements, lorsque mon interne s'écrie « Le malade a une attaque d'épilepsie ». L'injection n'était pas faite depuis cinq minutes. Cri du début, morsure de la langue, écume sanguinolente aux lèvres, tout y était sauf la paralysie des sphincters. Songeant à la possibilité d'une intoxication médicamenteuse, j'incise aussitôt la poche et j'évacue son contenu avec soin par le lavage. Une seconde crise épileptiforme survient, une troisième, une huitième, une neuvième et le malade succombe sous mes yeux au bout de trois quatre d'heures, malgré tous les

traitements usités en pareil cas et dont je donne le détail dans mon observation.

C'est bien là ce qu'on peut appeler avec Paget une « calamité » de la chirurgie et j'ai cherché à cette occasion ce qu'on trouvait d'analogue dans la littérature médicale. Mon excellent interne, M. Calvé, qui a été interne à Berck et qui avait déjà vu des accidents du même genre, s'est mis à l'œuvre, et en peu de temps a réuni cinq cas de mort rapide après une injection de naphtol camphré : ce qui porte *six cas de mort* au passif de ce médicament. Sur ces six cas d'intoxication mortelle par le naphtol camphré, trois sont inédits, et les trois autres ont été publiés par MM. Netter, Ménard et Estor (de Montpellier). On les trouvera résumés à la fin de ma communication.

En outre, M. Calvé a colligé 14 observations dans lesquelles des accidents graves ont suivi une injection de naphtol camphré. Comme on le verra en lisant ces observations, dans plusieurs de ces cas, les symptômes étaient si menaçants que le chirurgien a pu craindre une issue mortelle. Deux de ces observations sont inédites et dues à mon ancien interne, M. Gardner, qui me les a remises. Enfin dans des conversations sur ce sujet, j'ai pu m'assurer que bien des faits de ce genre ne sont pas publiés. Des accidents graves se sont même montrés à la suite d'une simple friction sur la peau avec le naphtol camphré pratiquée comme traitement de la gale. Mais je ne parlerai ici que des observations déjà connues auxquelles je joins cinq faits inédits. Cela fait un total de vingt observations qui me paraît suffisant, je le dis dès maintenant, pour faire rejeter définitivement et totalement le naphtol camphré de la thérapeutique.

Cette conclusion est en contradiction formelle avec toús nos livres classiques qui, nous vantent le naphtol camphré comme un des meilleurs topiques connus. Sans remonter à la thèse du Dr Reboul (de Nîmes) en 1890, thèse inspirée par mon maître, M. Perier, où l'innocuité absolue du naphtol camphré est proclamée, et où l'auteur donne comme dose possible de 60 à 100 grammes, je prends les comptes rendus du Congrès de Chirurgie et je vois ce médicament prôné par la plupart des chirurgiens. Il faut se rappeler toutefois que M. Ménard a dit formellement : « Je considère le naphtol camphé comme un liquide dangereux. »

Au Congrès de 1901, notre collègue M. Broca, dans son rapport sur le traitement des adénites tuberculeuses, s'exprime ainsi : « Lorsque les injections interstitielles sont indiquées on peut employer soit l'éther iodoformé, soit le naphtol camphré : ces injections sont faites à la seringue de Pravaz, au centre du gan-

glion. Ni l'éther, ni l'iodoforme, n'ont jamais été toxiques dans ces petites cavités. On peut en dire à peu près autant du naphtol camphré, malgré deux observations de Gérard-Marchant et de Ch. Monod où les symptômes ne furent d'ailleurs pas graves. »

En 1893, à la suite d'un rapport de M. Nélaton sur un mémoire de M. Reboul, une intéressante discussion s'est engagée à la Société de Chirurgie sur le traitement des adénites tuberculeuses par le naphtol camphré, et la majorité des chirurgiens vanta les bons effets de ce topique. Cependant, dans une des séances suivantes (5 juillet 1893), M. Nélaton rapporta une observation de M. Calot, et M. Kirmisson deux observations de M. Ménard, dans lesquelles les dangers du naphtol camphré étaient mis en lumière. Je crois que malgré ces observations publiées dans nos bulletins, l'usage du naphtol camphré est resté très répandu, et que le ton du rapport de M. Broca que je viens de citer est bien dans la note de la pratique la plus usuelle actuellement. Pour ma part, depuis bien des années, j'ai usé copieusement de ce médicament, dont M. Perier m'avait appris le maniement. J'en ai injecté dans des trajets fistuleux, dans des poches suppurées, dans des ganglions tuberculeux non ramollis; j'en ai versé à profusion sur des foyers tuberculeux que je venais de cureter, et jamais, dans aucune circonstance, je n'ai observé le plus petit incident (je ne dis même pas accident) jusqu'au jour où j'ai vu succomber sous mes yeux mon malade. En sorte qu'un instant avant cette dernière injection, j'eusse été disposé à faire un dithyrambe en l'honneur du naphtol camphré; et quand mon interne, M. Calvé, me parlait de ces accidents graves dont il avait été témoin, et de l'appréhension que lui causait ce médicament, je ne pouvais m'empêcher de m'en tenir à ma longue expérience personnelle et de penser que les mécomptes des autres tenaient sans doute à un mode d'emploi différent. J'ai donc été d'autant plus impressionné que ma quiétude était plus grande. D'autant plus que pour mon opéré, tout s'était passé aussi correctement que possible. Je vais d'ailleurs montrer, en étudiant les vingt observations qui suivent, qu'il est impossible de trouver une explication complètement satisfaisante de la pathogénie des accidents.

Remarquons d'abord que les accidents observés sont toujours les mêmes à quelques détails près. Sauf dans les deux observations de M. Perier et dans celles de M. Forgue, où il y eut des lipothymies avec un demi-coma, il s'agit toujours de crises épileptiformes, de convulsions, avec perte de connaissance, survenant par crises, souvent subintrantes. La face est asphyxique et les troubles respiratoires dominent; les pulsations cardiaques persistent un certain temps quand la respiration a cessé. Encore

faut-il remarquer que dans les observations de MM. Perier et Forgue, il s'agissait d'une injection dans la plèvre (Perier) et d'une injection dans un genou (Forgue). En pareil cas, on peut penser à un réflexe parti de la séreuse plutôt qu'à une intoxication.

Le début des accidents est plus ou moins éloigné du moment où on a fait l'injection. Sept fois, les symptômes alarmants ont paru immédiatement (Ménard, Perier, Grosjean, Gérard Marchant, Forgue, Gardner); cinq fois ils sont survenus « quelques instants après l'injection » (Gardner), ou deux minutes après (Estor, Calvé), ou cinq minutes (Guinard), ou dix minutes après (Piéchaud). Dans les cas de Ménard, de Netter, d'Aguinet, de Calot, ils ont débuté quarante, quarante-cinq minutes ou une heure après. Enfin, dans l'observation où M. Piéchaud injecta 4 centimètres cubes dans le péritoine, la première crise commença deux heures après, et dans celle de Ménard, ce n'est que dix-huit heures après que les phénomènes d'intoxication apparurent.

Quant à la mort elle est survenue en 10 minutes (Estor); en 45 minutes (Ménard, Guinard); en 6 heures (Aguinet, Netter); en quelques heures (dans le cas cité par Calvé).

Quelle est au juste la pathogénie de ces accidents convulsifs?

Faut-il incriminer *la qualité* du liquide injecté? C'est-à-dire, peut-on penser qu'on a usé d'un naphtol camphré mal préparé, ou en vidange depuis trop longtemps et altéré par un long contact avec l'air? Il suffit de lire les 20 observations qui suivent pour s'assurer que là n'est pas la cause des accidents. Pour mon malade, par exemple, la même solution prise dans le même flacon venait précisément de me servir pour une fillette qui n'a présenté aucun accident.

Dans l'observation de M. Ménard (obs. IV), la même solution qui provoqua la mort du malade avait servi pour d'autres malades, le même jour, sans déterminer d'accident. Il est donc impossible d'incriminer la qualité de naphtol camphré, une défectuosité de sa préparation ou l'emploi d'un liquide non fraîchement préparé.

On ne peut pas davantage accuser *la dose* de naphtol camphré employée. Pour les 6 cas mortels que je cite, les doses ont été de 5 centimètres cubes deux fois, de 10 centimètres cubes, de 20 et de 25 centimètres cubes, et pour les autres observations, nous voyons des accidents fort graves produits par une injection de 1/4 de centimètre cube (Grosjean); un des malades de Ménard a failli succomber après une injection de 1 centimètre cube qui provoqua des accidents immédiats : un autre de ses malades (obs. VIII) à qui il avait injecté 50 grammes de naphtol camphré

ne présenta des symptômes convulsifs qu'au bout de dix-huit heures. Pour le malade de Forgue (obs. XVII) il n'y eut qu'une injection de 1/2 centimètre cube de naphtol camphré dans un trajet fistuleux du genou. En somme les doses de tous ces cas ont varié de 1/4 de centimètre cube à 50 centimètres cubes (Ménard obs. VIII). Ce n'est donc pas une question de dose.

J'ai examiné mes 20 observations au point de vue de *l'âge* des malades opérés, et je trouve que dans 11 cas sur 20, il s'agissait d'enfants âgés de dix-huit mois à quinze ans. Sur les 6 cas mortels, il y en a 3 qui ont trait à des enfants de douze ans avec 5 centimètres cubes pour l'un (Netter, obs. III) et 20 centimètres cubes pour les deux autres (Ménard et Estor, obs. IV et obs. V). Je ne puis voir aucun rapport de gravité entre la dose employée et l'âge du malade, car l'opéré de M. Aguinet (obs. II), qui a succombé, avait vingt-quatre ans et n'avait eu qu'une injection de 10 centimètres cubes. Évidemment la proportion de 11 enfants sur 20 malades est considérable : mais on peut se demander si cet excès ne tient pas précisément à ce que les adénopathies tuberculeuses sont surtout fréquentes chez l'enfant pour lequel on est d'ailleurs moins porté à prendre le bistouri.

Je pense en somme que l'âge du sujet n'a pas une importance prépondérante.

Je parlerai aussi du *mode d'emploi* du naphtol camphré. Faut-il incriminer la rupture de la poche et la diffusion du liquide dans le tissu cellulaire sain, qui absorberait plus facilement. C'est une idée qui a été émise par M. Estor (obs. V) pour son opéré. J'affirme pour ma part que rien de pareil n'est survenu dans mon cas. La poche ne s'est pas rompue, et elle était même fort peu distendue, puisque j'en avais extrait six fois plus de liquide que je n'ai injecté de médicament. D'ailleurs aucune des autres observations ne fait mention d'un accident de ce genre.

En fait, cette pathogénie n'expliquerait pas comment le début des accidents est tantôt immédiat, et tantôt retardé jusqu'à dix-huit heures après l'opération.

Je n'admets pas davantage qu'il s'agisse d'un accident opératoire, tel que l'injection directe dans une veine. Dans mon observation, je suis certain qu'aucun vaisseau de calibre n'a été lésé : ma canule était grosse et il ne s'est écoulé à aucun moment du pus teinté de sang. Et puis, s'il en était ainsi, les accidents ne seraient-ils pas toujours immédiats?

Quant à invoquer un réflexe bulbaire, il ne saurait en être question pour la même raison, car on ne comprendrait pas comment les accidents ont pu commencer une heure et plus après

l'opération. Cela serait admissible seulement pour les observations de MM. Perier et Forgue où l'injection était faite dans une séreuse.

En somme, on est fatalement conduit à admettre qu'il s'agit d'une intoxication par le naphtol camphré ; mais il est impossible de préciser les raisons qui déterminent cette intoxication. Pourquoi des doses infimes, un quart ou demi-centimètre cube de naphtol camphré donnent-elles de pareils accidents chez l'un, alors que 60 ou 100 grammes sont absolument innocents chez l'autre ?

Faut-il se contenter du mot « idiosyncrasie » dont on a un peu abusé ? Je ne le pense pas, et la susceptibilité individuelle n'explique rien : il me semble qu'on devrait plus souvent observer quelques symptômes légers d'intoxication si le naphtol camphré avait par lui-même une action aussi spéciale sur les centres nerveux.

En réalité, je crois qu'il y a là une pathogénie qui nous échappe, à moins que certaines poches aient une puissance d'absorption exceptionnelle, ou que des veines pariétales décomprimées par l'aspiration du pus ne se rompent et servent de voie d'absorption massive. Je crois préférable de m'en tenir à la constatation du fait brutal, et de dire simplement que, dans des conditions impossibles pour le moment à préciser, le naphtol camphré peut donner des accidents mortels.

Toxicité du naphtol camphré. — Nous avons cherché, avec M. Calvé, s'il est possible d'accuser le camphre ou le naphtol qui sont, comme on sait, à l'état de mélange sans combinaison chimique dans le naphtol camphré. De nombreuses expériences ont été faites par MM. Desesquelle et Legendre, sur des chiens (*Bull. de la Soc. de thérap.*, 1898), par MM. Baylac et Gouzy (Toulouse, 1899, thèse de Gouzy), sur des lapins et des cobayes ; par MM. Estor et Robbaz, sur des lapins et des cobayes (thèse de Robbaz, Montpellier, 1901). On a fait avec des doses décroissantes des injections intra-veineuses, péritonéales et sous-cutanées. On peut résumer ainsi les résultats de toutes ces expériences :

1° Le naphtol camphré est très toxique, même à doses minimes ;

2° La toxicité est plus grande avec les préparations anciennes ;

3° La toxicité varie suivant la voie de pénétration. 1 vingtième de centimètre cube en injection intra-veineuse tue un cobaye alors qu'il faut 1 c. c. 1/2 dans le péritoine, et 2 à 3 centimètres en injection sous-cutanée pour tuer un cobaye ;

4° La date de l'apparition des accidents varie suivant la voie de pénétration. Les accidents sont presque immédiats quand on

injecte une veine de la tête (veine marginale de l'oreille chez le lapin). Pour les injections intrapéritonéales, il faut attendre de six minutes à deux heures. Enfin, pour les injections sous-cutanées, les accidents n'apparaissent qu'au bout de plusieurs heures ;

5° Dans toutes les expériences, les accidents sont de même ordre ; leur intensité seule varie suivant la dose et la voie de pénétration. Ce sont des convulsions, des tremblements, des contractions fibrillaires des muscles auxquelles succèdent de la raideur et de la contracture généralisée : enfin, des phénomènes asphyxiques avec arrêt de la respiration, alors que le cœur continue à battre.

Je citerai pour mémoire l'opinion de Desesquelle et Legendre, et l'opinion de Baylac (de Toulouse) sur la pathogénie de ces accidents. Pour les premiers, le naphtol camphré est un poison convulsivant du bulbe. Pour M. Baylac, le naphtol camphré injecté dans le système veineux détermine des embolies leucocytaires par un mécanisme semblable à celui que Maurel a invoqué pour expliquer l'action toxique du chlorhydrate de cocaïne. Au contact du naphtol camphré, les leucocytes perdent leurs propriétés ; ils deviennent sphériques, rigides : emportés par le courant circulatoire, ils produisent des embolies mortelles. M. Baylac a montré expérimentalement que ces embolies leucocytaires s'arrêtent dans les capillaires, en injectant du naphtol camphré dans une artère près de sa terminaison.

La puissance toxique du naphtol camphré n'est donc pas discutable. M. Estor pense que c'est l'association du camphre avec le naphtol qui constitue le danger. Mais pour presque tous les autres auteurs, c'est le camphre qui doit surtout être incriminé.

Intoxication par le camphre. — Les empoisonnements par le camphre ne manquent pas. M. Gouzy, dans sa thèse, cite deux observations anglaises de MM. Guy et Ferrière. Un enfant de dix-huit mois succomba après avoir absorbé 2 grammes de camphre. Un enfant de deux ans observé par le Dr Tidcombe eut les accidents convulsifs et comateux les plus graves pour avoir ingéré par erreur une cuillerée à café d'huile camphrée, soit environ 1 gramme de camphre. En outre, MM. Estor et Baylac, Desesquelle et Legendre ont expérimenté avec l'huile et l'alcool camphrés, en employant des doses de camphre équivalentes à celles contenues dans les doses toxiques du naphtol camphré : les accidents sont survenus rapidement ; convulsions épileptoïdes, coma, asphyxie.

Il est donc certain que le camphre seul peut donner les acci-

dents observés en clinique, mais nous allons voir qu'on peut en dire autant du naphtol seul.

Intoxication par le naphtol β. — Les intoxications par le naphtol β sont connues en dermatologie. Kaposi a observé de l'albuminurie avec coloration vert olive des urines, après des frictions de la peau avec une solution alcoolisée de naphtol. Willems a vu le naphtol produire des accidents de néphrite aiguë, avec vomissements, syncope, éclampsie. Sabouraud (cité par M. Ménard dans son livre sur le mal de Pott, p. 378) a vu des cas d'intoxication grave à la suite d'applications de pommade naphtolée. Enfin l'expérimentation sur les animaux corrobore ces faits cliniques. M. Bouchard donne comme équivalent toxique du naphtol β : 0 gr. 08 par kilogramme d'animal. Les accidents sont : l'albuminurie avec secousses musculaires rythmées des pattes, des lèvres et des paupières, salivation, coma, perte des réflexes oculaires, arrêt de la respiration et mort *avec conservation des mouvements du cœur.*

MM. Willems, Baylac, Estor ont fait des expériences qui confirment celles de M. Bouchard sur l'action convulsivante du naphtol β.

Pour résumer les opinions émises on peut dire :

1° Le naphtol camphré a un pouvoir toxique propre (Estor, Ménard).

2° Le camphre à lui seul produit des accidents semblables à ceux observés cliniquement dans les empoisonnements par le naphtol camphré.

« Comme le naphtol camphré représente une combinaison moléculaire très dissociable, et comme d'autre part la solubilité du camphre est plus élevée que celle du naphtol, il est rationnel d'attribuer au camphre les premiers accidents observés » (Desesquelle et Legendre *loc. cit.*).

3° Il est démontré que le naphtol camphré est plus toxique que l'alcool camphré, l'huile camphrée, ou l'alcool naphtolé pris isolément (Baylac).

4° Comme le naphtol à lui seul est toxique et donne les mêmes symptômes que le camphre, on peut penser que dans les empoisonnements par le naphtol camphré, l'action toxique du naphtol s'ajoute à celle du camphre.

Et alors, que conclure, sinon qu'il est impossible de savoir quel est le vrai coupable, du naphtol ou du camphre, ou si ces deux agents n'ont pas une action nocive simultanée.

Dans le doute, une conclusion pratique s'impose : il faut rejeter pour les injections topiques tous les liquides contenant du cam-

phre ou du naphtol. Pour ma part j'aurais actuellement autant d'appréhension à user du thymol camphré ou du salol camphré que du naphtol camphré.

Je sais bien qu'on ne cesse pas de se servir du chloroforme parce qu'on a eu un accident mortel de la chloroformisation. Mais tandis que l'anesthésie est une nécessité de la chirurgie, je pense qu'on n'en peut pas dire autant de l'usage du naphtol camphré. Pour moi, je n'hésite pas à rejeter complètement toutes les préparations à base de camphre et de naphtol, car il me paraît hors de doute que si le naphtol camphré, le salol camphré, le thymol camphré sont d'excellents topiques, ils ne sont nullement indispensables à la cure des tuberculoses ganglionnaires : les dangers réels que présente leur emploi n'est pas compensé par leurs vertus curatives. Aussi, malgré l'incertitude de la pathogénie des accidents observés à la suite des injections de naphtol camphré, je n'userai plus désormais de ce médicament, et je crois rendre un service à tous les chirurgiens qui l'emploient en les invitant à retenir le fait suivant :

Une injection de naphtol camphré pratiquée aussi correctement que possible avec une dose infime de 5 ou 10 centimètres cubes chez un sujet en bon état, adulte ou enfant, peut amener la mort en quelques minutes.

Voici maintenant les observations dont j'ai parlé au cours de cette communication. J'ai donné *in extenso* les observations inédites et j'ai résumé les autres.

OBSERVATIONS (SUIVIES DE MORT).

Obs. I. — Observation de M. Guinard (inédite). — M... S..., vingt-huit ans, sujet espagnol, professeur de musique.

Abcès ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite. — Volume d'un gros œuf de pigeon.

Bon état général. Sommet droit suspect. Sujet très nerveux ; d'après des renseignements recueillis après sa mort, n'aurait jamais eu de crises épileptiformes.

Ponction, avec le plus gros trocart de l'appareil Potain. Le pus est épais, grumeleux, mais s'écoule très facilement. Sa coloration est jaunâtre, nullement hématique. Les dernières gouttes qui s'écoulent ne sont pas striées de sang. Quantité — 125 grammes.

Par le trocart, on injecte 25 centimètres cubes de naphtol camphré. La solution dont on se sert vient d'être employée quelques minutes auparavant en injections chez un autre malade dans une tumeur blanche du poignet, sans déterminer aucun accident consécutif.

Moins de cinq minutes après l'injection, le malade est pris subite-

ment de crises épileptiformes subintrantes. Il en a *neuf* de suite en quelques minutes. Ce sont des convulsions de tout le corps, débutant par le membre inférieur gauche et se généralisant ensuite à tous les muscles, y compris ceux de la face. Le cri du début, la morsure de la langue, l'écume sanguinolente aux commissures labiales complètent la ressemblance de ces crises avec celles d'une épilepsie essentielle. Toutefois, la face est violacée, et les sphincters ne sont pas paralysés.

La succession des crises amène M. Guinard à songer à une intoxication. Il ouvre largement la poche, vide son contenu et la lave minutieusement. Les crises continuent, la peau se marbre et la respiration très superficielle diminue progressivement; l'asphyxie augmente. Le cœur bat irrégulièrement pendant trois quarts d'heure environ, et ses battements sont perçus alors même que la respiration est complètement suspendue. La mort survient au bout de trois quarts d'heure, malgré des piqûres d'éther, de caféine, des manœuvres de respiration artificielle avec tractions rythmées de la langue et inhalations d'oxygène.

Autopsie. — Pratiquée quarante-huit heures après. A l'ouverture de la boite craniennne et de la cavité abdominale, une odeur très manifeste de camphre se dégage.

Encéphale. — 1.450 grammes, congestionné. Une grande quantité de sang s'écoule au moment où on le sectionne, en répandant une odeur de camphre. Aucune adhérence des méninges, pas de granulations tuberculeuses.

Foie. — Congestionné, 1.200 grammes. Pas de lésions nettes.

Rate. — 180 grammes. Congestionnée.

Reins. — Congestion intense. Pas de lésions chroniques. Capsule facilement décorticable.

Cœur. — 280 grammes. En systole. Normal.

Poumons. — Congestion intense avec œdème; à la coupe, odeur très nette de camphre. Lésions tuberculeuses anciennes surtout manifestes au sommet droit.

Le sang recueilli dans les sinus encéphaliques et dans les veines fémorales a été donné à M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis; il a été impossible d'y déceler le camphre ou le naphtol.

L'examen histologique du foie et des reins, pratiqué par mon interne M. François-Dainville, a donné les résultats suivants.

Foie. — Un certain nombre de cellules présentent de la dégénérescence graisseuse. Hyperhémie marquée. Aucune lésion ancienne de cirrhose.

Rein. — Aucune lésion ancienne. Congestion. Un certain nombre de cellules des *tubuli contorti* ont un aspect trouble, ont mal pris la coloration, et plusieurs n'ont plus de noyau. (Lésions possibles d'intoxication suraiguë.)

Obs. II (inédite), communiquée par le Dr Aguinet (de Saint-Cloud) qui a eu l'obligeance de la rédiger de mémoire. Accident survenu l'année où il était interne dans le service de M. Peyrot à Lariboisière, en 1902.

Mal de Pott avec abcès de fosse iliaque. — Jeune femme de vingt-quatre ans. Ponction suivie d'une injection de **10 centimètres cubes** de naphtol camphré environ. Une grande partie du liquide ne put être retirée, par l'aspiration, mais il ne restait certainement pas 10 centimètres cubes. L'injection fut faite vers onze heures du matin. A midi, l'interne du service, M. Aguinet, qui l'avait pratiquée, fut rappelé en toute hâte.

La malade avait eu une crise épileptiforme, à la suite de laquelle elle était restée sans connaissance. Elle fut ranimée par des injections d'éther et de caféine. Une demi-heure après, même crise. L'interne du service ouvre alors largement la poche de l'abcès juste au-dessus de l'arcade crurale. Lavage à l'eau oxygénée. Malgré cela, les crises se répétèrent et la malade mourut vers cinq heures du soir. L'observation exacte de ce cas malheureux n'a pu être retrouvée.

Elle contenait la description des crises épileptiformes. Ce résumé succinct la reproduit exactement dans ses grandes lignes.

Obs. III. (Netter), *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 10 mai 1895.

Ascite considérable chez une enfant. Diagnostic porté de péritonite tuberculeuse. Ponction ramène 3.500 grammes de liquide. Une certaine quantité de liquide est laissée dans la cavité péritonéale de façon à diluer le naphtol camphré.

Injection de **5 centimètres cubes** de naphtol camphré. — *Accidents* surviennent trois quarts d'heure après : agitation extrême, puis forte crise rappelant de loin l'éclampsie, yeux hagards, fixes, raideur musculaire généralisée, contracture en opisthotonos, soubresauts des tendons, mâchonnement, écume sanguinolente aux lèvres. Asphyxie progressive, contre laquelle l'oxygène et la respiration artificielle restent sans effet. Injections d'éther.

Ponction pour évacuer le naphtol camphré suivie d'un lavage du péritoine.

Au bout de quelques instants la crise cède, la respiration se rétablit le pouls redevient régulier. Des vomissements peu abondants surviennent. Le calme est de courte durée ; un quart d'heure après, nouvelle crise suivie de crises plus violentes, à dix minutes d'intervalle, jusqu'à la mort qui survient dans la soirée, au milieu de phénomènes asphyxiques intenses.

Autopsie. — Montre erreur de diagnostic. Cirrhose hypertrophique, centrolobulaire.

Cœur en systole extrême.

Urines recueillies dans la vessie examinées selon méthode de Desesquelle pour rechercher le naphtol. Recherche positive. Coloration bleu verdâtre caractéristique du naphtol — (chloroforme à chaud en présence d'un alcali, tel que pastille de soude).

La recherche du camphre à l'état d'acide camphoglycuronique est restée négative.

M. Netter concluait à une intoxication survenue chez une malade atteinte d'insuffisance hépatique.

Obs. IV (Ménard). *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1893.

Mal de Pott avec abcès dans la fosse iliaque et à la face postérieure de la cuisse. — Enfant de douze ans.

Une première injection de naphtol camphré dans l'abcès de la fosse iliaque n'avait pas été suivie d'accidents.

Une deuxième injection dans l'abcès de la face postérieure de la cuisse détermine, quarante minutes après, une attaque épileptiforme, suivie d'une deuxième crise rapidement mortelle. La quantité de naphtol camphré injectée était de **20 centimètres cubes.**

La même solution avait servi à d'autres malades, le même jour, sans déterminer d'accident.

Obs. V (Estor). In *thèse* de Robbaz. Montpellier, décembre 1901.

Coxalgie avec abcès antéro-externe. — Enfant de douze ans.

Ponction suivie d'une injection de **20 centimètres cubes** de naphtol camphré. Le liquide pénétrant difficilement dans la poche, on est obligé de peser fortement sur le piston. Il est probable que, dans cette manœuvre, la poche a dû se rompre. Le liquide s'est, de ce fait, trouvé au contact des tissus sains, d'où absorption plus rapide.

Deux minutes après l'injection, l'enfant commence à grimacer. Il présente des convulsions toniques, puis cloniques, qui ne cessent qu'à la mort. Celle-ci survient au bout de *cinq à dix minutes.*

Obs. VI (Inédite). (Rédigée de mémoire par mon interne, M. Calvé.)

M. Calvé a observé ce fait lorsqu'il était interne provisoire dans le service des chroniques (chirurgie) à Lariboisière, en 1902.

Abcès froid de la région lombaire. Ostéite probable d'une lame vertébrale.

Ponction pratiquée par M. X., externe du service, n'ayant ramené que quelques gouttes de pus épais et grumeleux. M. X... se décide à injecter du naphtol camphré, bien que la poche ne soit pas vidée. La quantité injectée est de **5 centimètres cubes.** Immédiatement après, le malade est pris de crises épileptiformes subintrantes, avec perte complète de connaissance et asphyxie intense. La mort survient en quelques heures.

OBSERVATIONS (suivies d'accidents non mortels).

Obs. VII (Calot). *Société de Chirurgie*, 1893, rapportée par M. Nélaton.

Coxalgie avec abcès chez un adulte.

M. Calot faisait habituellement, chez ce malade, des injections dans la poche de 20 à 25 centimètres cubes de naphtol camphré, sans qu'aucun trouble en soit jamais résulté. C'est à la suite d'une dose plus forte (**45 centimètres cubes**) que les accidents sont survenus. Une heure après l'injection, le malade perd connaissance subitement. Ce coma ne fut interrompu que par des crises épileptiformes subintrantes.

Ces crises, au nombre de quatre, étaient absolument typiques (morsure de la langue, émission involontaire des urines, stertor).

M. Calot, aussitôt appelé, incise la poche très largement et la vide complètement. Une période de calme survient, suivie, quelques minutes après, de trois crises nouvelles. Au bout d'une demi-heure, les crises cessent. Mais le malade reste plongé dans un demi coma pendant plusieurs heures, avant d'être entièrement rétabli.

Obs. VIII (Ménard). *Société de Chirurgie*, 1893.

Coxalgie avec abcès. — Enfant de huit ans.

Ponction suivie d'injection de **50 grammes** de naphtol camphré. Dix-huit heures après, violentes attaques épileptiformes, qui cessèrent après une large ouverture de la poche.

Obs. IX (Ménard), *Congrès de Chirurgie*, 1901.

Adénite tuberculeuse du cou chez une fillette de huit ans.

Injection interstitielle de **1 centimètre cube** de naphtol camphré (une seringue de Pravaz).

Perte de connaissance de plusieurs heures, entrecoupée d'attaques épileptiformes graves avec imminence d'asphyxie.

Obs. X (Grosjean, de Berck), ancien interne des hôpitaux de Paris. *Observation inédite.*

Adénite tuberculeuse du cou chez un enfant.

Injection interstitielle de **1/4 de centimètre cube**. Accidents immédiats très graves. Perte de connaissance. Crises épileptoïdes. Phénomènes asphyxiques intenses, durée quelques minutes.

Obs. XI (Gérard Marchant), citée dans la thèse de Colineaux, Bordeaux, 1903.

Adénite tuberculeuse du cou, chez une jeune femme.

Injection interstitielle d'une *dose minime* de naphtol camphré. Crises épileptiformes pendant sept heures.

Obs. XII (Périer). *In thèse* de Robbaz, Montpellier, 1901.

Pleurésie purulente, traitée par le naphtol camphré.

Phénomènes lipothymiques. Demi-coma.

Obs. XIII (Périer). *Dans un cas semblable*, mêmes accidents.

Obs. XIV (Monod), *In thèse* Robbaz.

Adénite tuberculeuse du cou, chez une jeune fille.

Injection interstitielle de **1 gramme** de naphtol camphré. Pâleur, défaillance, saveur prononcée de naphtol camphré.

Obs. XV (Piechaud de Bordeaux). *In thèse* Colineaux.

Péritonite tuberculeuse, avec fistule. Enfant de neuf ans. Injection de

4 centimètres cubes de naphtol camphré dans le trajet fistuleux. Deux heures après, crises épileptoïdes avec perte de connaissance complète. Phénomènes asphyxiques. Période d'apnée. Durée, une heure un quart. Piqûres d'éther, de caféine, lavements au chloral, inhalations d'oxygène. Ce n'est qu'au bout de deux heures que l'enfant reprend connaissance.

Vomissements sentant fortement le naphtol camphré.

Urines examinées; contiennent du naphtol et du camphre. Albumine, cylindres rénaux.

Obs. XVI. — (Piéchaud), in *Thèse* Colineaux.

Ganglions suppurés du cou. — Enfant de quatorze ans.

Avait déjà subi plusieurs injections de naphtol camphré (3 centimètres cubes à chaque séance) sans accidents.

L'injection qui a provoqué des signes d'intoxication n'était que de 1 centimètre cube de naphtol camphré; huit à dix minutes après, crise convulsive généralisée à début brusque.

On songe à de l'épilepsie essentielle.

Huit jours après, nouvelle injection suivie des mêmes accidents. On pense alors à une intoxication, hypothèse vérifiée par l'odeur caractéristiques des vomissements.

Obs. XVII. — (Forgue) (de Montpellier), in *Thèse* de Robbaz).

Tumeur blanche du genou. — Enfant huit ans. Injection de 1/2 centimètre cube de naphtol camphré (seringue de Pravaz). Immédiatement après, pâleur de la face, refroidissement du corps, pouls filiforme, respiration pénible. Pas de convulsions. Après quelques minutes de respiration artificielle et de tractions rythmées de la langue, les accidents cessent définitivement.

Obs. XVIII. — (Baylac) (médecin des hôpitaux de Toulouse), in *Thèse* Gouzy, Toulouse 1899.

Péritonite bacillaire supposée chez une femme de quarante-quatre ans. Ponction de l'ascite et injection de 10 centimètres cubes de naphtol camphré.

Une heure après, attaque épileptiforme, avec écume aux lèvres, morsure de la langue. Douze attaques semblables avec délire dans la soirée et vomissements.

La malade meurt un mois après et l'autopsie montre carcinose péritonéale à point de départ gastrique.

Obs. XIX (inédite), recueillie par M. Gardner, interne des hôpitaux, dans le service de M. Albarran, hôpital Hérold, en 1901.

Adénite tuberculeuse du cou. — S... M..., quinze ans, soignée pour une adénite tuberculeuse de toute la chaîne carotidienne droite, formant une volumineuse masse. Deux injections interstitielles, à deux jours d'intervalle, de **1 centimètre cube** chacune de naphtol camphré ne

déterminent aucun accident. La troisième injection fut faite dans les mêmes conditions. L'aiguille fut enfoncée en pleine masse ganglionnaire, et ce n'est que quelques secondes après, aucune goutte de sang ne s'étant écoulée par l'embout de l'aiguille, que la seringue fut adaptée à celle-ci et que l'injection fut faite. La quantité injectée était de **1 centimètre cube** de naphtol camphré. Les accidents surviennent immédiatement après : pâleur de la face, hébétude, puis très rapidement, accès épileptiformes subintrants, pendant une demi-heure environ. Phase comateuse consécutive d'une durée de temps égale, soit une demi-heure.

L'après-midi, la malade reste assoupie, hébétée. Pouls faible et assez rapide. Râles fins de congestion pulmonaire généralisée. Dyspnée assez violente. Guérison au bout de vingt-quatre heures. Aucun antécédent épileptique.

Obs. XX (Gardner). (Inédite.)

Adénite tuberculeuse sous-angulo-maxillaire. — P... B..., dix-huit mois, fille soignée à la consultation d'Hérold.

Grosse masse ganglionnaire située au-dessous de l'angle de la mâchoire et prête à s'abcéder.

Ponction suivie d'une injection de *moins* de **1 centimètre cube** de naphtol camphré. Quelques intants après, l'enfant est prise d'une crise épileptiforme violente, suivie d'une syncope respiratoire et cardiaque, donnant l'impression de la mort imminente. La respiration artificielle ramène les mouvements respiratoires, mais doit être continuée longtemps, car dès qu'elle est interrompue, les mouvements respiratoires s'espacent et les battements du cœur se ralentissent. Piqûres de caféine, potion stimulante. Dans l'après-midi, état satisfaisant. Auscultation décèle un petit foyer de râles fins à la partie antérieure du lobe moyen droit. Guérison.

Rapport.

Rapport sur deux observations de gastro-entérostomie, présentée par M. Tissot.

Rapport par M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur deux observations qui vous ont été adressées par M. Tissot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

Elles ont trait à deux opérations de gastro-entérostomie dont voici du reste les détails.

Obs. I. — *Sténose pylorique d'origine cicatricielle. — Gastro-entéro-anastomose rétro-colique postérieure. — Guérison.*

Au mois de juillet 1903 entrait dans le service de M. Tissot à l'Hôtel-Dieu le nommé B..., âgé de trente ans, pour des troubles digestifs.

Ses antécédents héréditaires étaient excellents : père et mère vivants et en bonne santé.

A été pris il y a dix ans de violentes douleurs d'estomac et d'hématémèses. Depuis a toujours souffert de l'estomac, vomit souvent, mais pas de sang, presque après tous ses repas. A remarqué qu'il rendait des aliments ingérés deux ou trois jours avant. A épuisé vainement depuis dix ans toute la thérapeutique médicale et celle des empiriques.

L'examen dénote une dilatation stomacale énorme; l'estomac remplit presque tout le ventre. Clapotement sous-ombilical le matin à jeun. Ondes péristaltiques. Stase alimentaire. Le lavage de l'estomac pratiqué à jeun, douze heures après le dernier repas, permet de retirer 2 litres de liquide à odeur aigrelette, renfermant des substances ingérées la veille presque intactes; des pellicules de petits pois et des débris de légumes pris deux ou trois jours avant. Une dizaine de litres d'eau bouillie sont nécessaires pour nettoyer l'estomac, et encore n'arrive-t-on pas à avoir un liquide très clair.

Par l'insufflation de l'estomac pratiquée à travers le tube de Faucher et à l'aide d'une poire de Politzer à capacité déterminée à l'avance, M. Tissot se rend compte : 1° que la capacité stomacale est d'environ 3 litres; 2° que l'estomac est fortement abaissé et situé presque en entier dans la portion sous-ombilicale de l'abdomen; 3° que la limite supérieure de l'estomac, qui se dessine nettement à travers la peau est à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic; que sa limite inférieure est à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic. On perçoit une induration diffuse à la région pylorique.

Le repas d'épreuve de Bourget de Lausanne est donné le matin à jeun après lavage préalable. Il est retiré deux heures et demi après presque en totalité. L'analyse de liquide retiré donne acidité totale = 3 gr. 10 par litre. HCl libre = O.

Etat général bon. Poids 59 kilogrammes; pas de lésions organiques pas d'albuminurie; l'appétit est exagéré. Le malade mange gloutonnement, sans mâcher, puis vomit une heure ou deux après. Constipation habituelle.

Le diagnostic suivant résultait de cet examen : sténose pylorique de nature cicatricielle probable, consécutive à un ulcère rond survenu une dizaine d'années auparavant. Le cancer pouvait être éliminé à cause de la longue durée de l'affection, de l'âge du sujet, de l'hyperchlorhydrie existante.

L'intervention chirurgicale proposée au malade fut acceptée de suite et le 28 juillet 1903 M. Tissot pratiquait une gastro-entéro-anastomose

rétrocolique postérieure par le procédé de von Hacker. L'incision abdominale commencée à 0,10 centimètres au-dessus de l'ombilic, s'arrêta à 1 centimètre au-dessous. Roux de Lausanne recommande les incisions bas situées; dans le cas actuel, elle eût pu être faite avec avantage moitié au-dessus et moitié au-dessous de l'ombilic, étant donné l'abaissement de l'estomac.

L'examen de la région pylorique fit reconnaître : 1° des adhérences épiploïques assez fortes; 2° une cicatrice blanchâtre en croissant, à convexité tournée du côté de l'estomac, à la région prépylorique; 3° un rétrécissement cicatriciel du pylore, qui roulait sous le doigt comme un gros crayon, dont il avait à peu près le volume.

L'estomac à parois dures et parcheminées occupait une grande partie du ventre. Bien que des lavages quotidiens eussent été pratiqués depuis quinze jours, que le dernier eût été fait la veille au soir à huit heures et que le malade n'eût rien pris depuis, il contenait encore une grosse quantité de matières alimentaires, que le malade vomit pendant l'opération.

Le côlon transverse attiré et étalé hors du ventre sur des compresses chaudes était rétracté et vide. Le mésocôlon sectionné dans une étendue de 0,10 centimètres au-dessous d'une grande arcade artérielle l'anse jéjunale repérée à gauche de la colonne vertébrale fut attirée et abouchée par sa convexité à la face postérieure de l'estomac, en un point situé à un bon travers de doigt en arrière des vaisseaux turgescents de la grande courbure et au niveau de l'antre pylorique. La partie de l'anse jéjunale abouchée était située à environ 15 centimètres du ligament de Treitz; l'abouchement fut fait sur une longueur de 6 centimètres, par trois plans de suture à la soie fine, suivant la pratique de Roux. La section mésentérique fut suturée au catgut et fixée par deux points à la paroi stomacale. M. Tissot n'éprouvait aucune difficulté pour empêcher les matières stomacales ou intestinales de contaminer le péritoine, en élevant les parois sectionnées en boîte aux lettres, comme Roux conseille de le faire. Le ventre fut refermé par trois plans de suture. L'opération avait duré une heure et demie.

Les suites opératoires furent des plus simples. L'apyrexie fut complète et la réunion de la plaie abdominale se fit *per primam*. Le premier jour le malade eut quelques nausées dues à l'éthérisation, depuis il n'a plus vomi.

L'alimentation fut commencée le second jour par du lait, puis continuée par du lait et des potages légers à partir du quatrième jour; des œufs, des purées et du pain à partir du septième jour; le régime ordinaire à partir du douzième jour. La première selle eut lieu le cinquième jour après un lavement; depuis, les fonctions alvines furent régulières.

Le quinzième jour eut lieu le premier lever. A ce moment le malade déclare être très bien et que son état actuel n'est pas à comparer à celui qui existait avant l'opération. Il ne se plaint que de quelques renvois aigres. Le poids est descendu à 57 kilogrammes.

A partir de ce moment les forces revinrent progressivement et le

malade se mit à engraisser. Le 28 août, le poids était de 59 kilogrammes; le 10 septembre, de 62 kilogrammes; le 20 septembre, de 64 kilogrammes; le 31 octobre, de 72 kilogrammes.

La stase alimentaire diminua petit à petit. Le 17 août, M. Tissot pratiquait le premier lavage de l'estomac après l'opération et je retirai encore une partie des aliments ingérés la veille; mais alors qu'avant l'opération on ne pouvait avec une dizaine de litres d'eau obtenir un liquide clair, on obtenait ce résultat avec trois ou quatre litres. Les lavages de l'estomac furent continués tous les jours et le 20 septembre on trouvait l'estomac complètement vide. La stase alimentaire avait donc mis près de deux mois pour disparaître.

Par l'insufflation pratiquée une vingtaine de jours après l'opération, M. Tissot put se rendre compte que l'estomac avait repris sa situation normale au-dessus de l'ombilic.

Le 31 octobre, lorsque ce malade revint voir M. Tissot un mois après sa sortie, il trouvait la limite inférieure de l'estomac à trois travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale.

Le 2 septembre, il fit de nouveau donner le repas d'épreuve de Bourget et le retira deux heures et demie après. L'analyse donna : acidité totale, 2 gr. 62 et des traces d'HCl libre, signe que l'estomac reprenait ses fonctions normales.

Obs. II. — *Sténose pylorique due à un cancer annulaire du pylore. Gastro-entéro-anastomose rétro-colique postérieure. Guérison opératoire.*

Le 11 novembre 1903, entre dans mon service, nous dit M. Tissot à l'Hôtel-Dieu, Mme G..., âgée de soixante ans.

Cette malade souffre de l'estomac depuis quatorze ans. Vers l'âge de quarante-six ans, elle a été prise de douleurs d'estomac en broche avec vomissements alimentaires, sans hématémèses. Ces symptômes, sous l'influence d'un traitement approprié, s'amendèrent au bout de six mois. Depuis, a toujours souffert de l'estomac avec des alternatives de bien et de mal.

Il y a trois ans, eut une nouvelle exacerbation (douleurs et vomissements). Elle prit l'avis, à cette époque, du professeur Bouveret qui diagnostiqua une sténose pylorique cicatricielle, et conseilla une pyloroplastie. Les souffrances ont continué depuis; elle a des douleurs d'estomac une heure ou deux après les repas. Pour obtenir un soulagement, elle s'introduit les doigts dans la bouche et se fait vomir.

Émaciation extrême; état squelettique. Poids : 34 kil. 500. Le ventre est déprimé; on sent et on voit les battements aortiques. Constipation.

Pas de lésions pulmonaires ni cardiaques, pas d'albuminurie.

Dilatation stomacale énorme: clapotement sous-ombilical le matin à jeun. Ondulations épigastriques très nettes. En faisant l'épreuve des poudres effervescentes, je trouve la limite inférieure de l'estomac au-dessus du pubis, à 12 centimètres de l'ombilic; à gauche, la zone de sonorité arrive près de l'épine iliaque supérieure, à 11 centimètres de

l'ombilic; à droite, à 8 centimètres de l'ombilic. Un sillon très net paraît diviser l'estomac en deux parties, une petite à droite, une grosse à gauche. Ce sillon aurait pu faire penser à un estomac biloculaire; mais il est probable qu'il était dû à une anse grêle formant bride au devant de l'estomac; car, pendant l'opération, je ne trouvais plus trace de cette stricture. On sent à la région pylorique une légère induration.

Ganglions inguinaux multiples, durs, roulant sous le doigt; pas d'engorgement ganglionnaire sous-claviculaire.

Stase alimentaire. Par la sonde, on retire à jeun une demi-cuvette de matières alimentaires ingérées la veille ou deux jours avant. Quatre litres d'eau bouillie sont nécessaires pour laver l'estomac. L'entourage de la malade a remarqué souvent que les matières vomies avaient une odeur nauséabonde.

Le repas d'épreuve de Bourget, retiré deux heures après son ingestion, donne à l'analyse : acidité totale : 1 gr. 76. Traces d'HCl libre.

De cet examen on pouvait conclure : sténose pylorique ancienne. L'âge de la malade, la chlorhydrie faible, l'existence de ganglions inguinaux, l'état cachectique de la malade permettaient d'affirmer l'existence d'un néoplasme. L'opération démontra l'exactitude du diagnostic et en même temps des lésions beaucoup plus étendues que ne l'avait fait supposer l'examen de la malade.

J'intervins le 14 novembre. Incision de 10 centimètres juxta-médiane gauche dont les deux tiers sont au-dessus de l'ombilic et un tiers au-dessous. Je trouvais un cancer annulaire du pylore, de la grosseur d'une noix, de 3 centimètres de hauteur, bien limité et qui eût été justiciable d'une pylorectomie sans les lésions voisines. Le petit intestin était en effet recouvert d'excroissances polypiformes de grosseur variant de celle d'un pois à celle d'une aveline, transparentes, insérées sur la convexité des anses, évidemment de nature épithéliomateuse. Le mésentère était rempli de petits ganglions durs.

La conduite était toute indiquée et je pratiquai une gastro-entéro-anastomose rétro-colique postérieure par le procédé de Von Hacker; en ne faisant que deux plans de suture à la soie fine.

Les rapports des viscères étaient changés; l'estomac occupait toute la moitié gauche du ventre, descendant en bas jusque près du pubis, formant une vaste poche à parois épaisses; le pylore se trouvait à droite un peu au-dessus de l'ombilic. Quant au còlon transverse il était déjeté dans la partie droite du ventre et était devenu presque vertical. Une fois le côlon transverse sorti du ventre et étalé, je trouvais facilement le jéjunum qui était sain.

L'opération ne présenta pas d'autres particularités; elle dura une heure et quart. L'éthérisation fut très bien supportée et l'anesthésie se psssa sans la moindre alerte, malgré la faiblesse extrême de la malade.

L'intervention démontra donc l'existence d'un cancer du pylore généralisé à presque tout l'intestin grêle. On ne peut guère admettre que le début de ce néoplasme remonte à quatorze ans, époque des premiers accidents; mais il est probable que cette malade fut atteinte d'abord d'un ulcère rond, qui amena une sténose pylorique diagnostiquée il y

a trois ans par le professeur Bouveret, et sur la cicatrice duquel vint se greffer un épithélioma remontant à six mois ou un an.

Les suites opératoires furent simples. A part le soir du premier jour où le thermomètre marqua 38°6, l'apyrexie fut complète. La réunion se fit bien; un point suppura à la partie supérieure de la cicatrice.

Dès le second jour, la malade fut alimentée par des potages et des œufs; et dès le quatrième par des potages, des œufs, du jus de viande; puis par des purées et du pain.

Huit jours après l'opération, sous l'influence d'un léger écart de régime, survinrent des coliques et de la diarrhée. Cet état persista une huitaine de jours et cessa sous l'influence de l'administration de bismuth et de benzo-naphtol. Environ une quinzaine de jours après l'opération, après une constipation de deux jours, quelques vomissements alimentaires et bilieux se produisirent, mais cessèrent bientôt.

Le premier lever eut lieu le 3 décembre. A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès plus rapides. Il n'y eut plus de vomissements et l'appétit revint. Le 9 décembre, la malade pesait 40 kilogrammes; le 12, 42 kilogrammes; le 16, 44 kilogrammes, ayant gagné près de 10 kilogrammes depuis l'opération.

Il persiste encore un peu de stase alimentaire le 15 décembre, et on perçoit toujours à jeun du clapotement sous-ombilical.

L'insufflation de l'estomac, pratiquée le 15 décembre après un lavage préalable, donne à peu près les mêmes dimensions qu'au moment de l'opération.

En résumé, le 16 décembre, au moment de sa sortie de l'hôpital, cette malade avait engraissé; elle avait vu ses forces revenir et surtout ne souffrait plus. Ignorant la nature de son affection, elle se croyait guérie et regrettait de ne s'être pas fait opérer plus tôt.

Telles sont, Messieurs, les observations qui m'ont été adressées par M. Tissot. Elles sont intéressantes et la première vient corroborer ce que vous a dit M. Quénu dans la dernière séance, que la gastro-entérostomie donnait surtout d'excellents résultats dans les cas de sténose pylorique à la suite d'ulcère en non activité de l'estomac.

M. Tissot a mené à bien deux opérations délicates; peut-être faudrait-il opérer un peu plus rapidement car il a mis une heure et demie et une heure un quart à faire son anastomose, et on sait l'intérêt qu'il y a à aller vite dans des interventions sur des malades aussi affaiblis. Mais il est mal fondé de lui adresser des reproches, car il a guéri ses deux malades dont il m'a adressé des nouvelles il y a trois jours et qui étaient à ce moment en aussi bon état que possible.

En terminant, je vous propose d'adresser des remerciements à M. Tissot et d'insérer ses observations dans nos bulletins.

Présentations d'instruments.

Hystéromètre.

M. Théodoridy (d'Athènes) présente un *hystéromètre redresseur*, avec dilatateur progressif de l'utérus. — M. Demoulin, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 MAI 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. RICHELOT présente de la part de M. Soulié plusieurs *Observations d'ulcères variqueux de la jambe traités par la résection de la saphène interne.* — Rapporteur : M. RICHELOT.

A l'occasion du procès-verbal.

Hydronéphroses.

M. PEYROT. — J'ai observé au cours de l'année dernière un fait intéressant d'hydronéphrose que j'ai traité par l'urétéro-pyélo-anastomose. Le voici brièvement résumé. M. Georges Luys l'a déjà publié, en partie tout au moins, dans son livre sur la *Séparation de l'urine des deux reins*, Paris, 1904.

Une jeune fille de dix-huit ans présentait depuis plusieurs années, peut-être depuis sa première enfance, des crises douloureuses dans l'hypocondre gauche. D'abord espacées de mois en

mois à peu près; ces crises devenaient de plus en plus fréquentes et apparaissaient une ou deux fois par semaine.

Le palper permettait de sentir dans le flanc droit une masse volumineuse fluctuante pour laquelle on hésita un moment entre une lésion de la rate et une hydronéphrose.

Sur ma demande M. Luys voulut bien appliquer son séparateur des urines et la question fut aussitôt tranchée. Le rein gauche sécrétait faiblement et ne fournissait qu'un liquide pauvre en urée et en chlore.

Nous avions affaire à une hydronéphrose ancienne, peut-être congénitale.

Le 13 octobre 1903, j'intervins de la façon suivante :

Mise à découvert du rein par l'incision lombaire recourbée en avant suivant la crête iliaque; dissection soigneuse de la région du hile où je constate la présence d'une artère anormale qui pénètre le rein par son pôle inférieur. Mais cette disposition est sans importance au point de vue de l'hydronéphrose. L'artère passe en arrière de l'uretère.

La dissection du hile achevée, on voit une dilatation considérable du bassinet dont le volume atteint celui d'une mandarine. Le collet de l'uretère paraît très rétréci. Le bassinet est ponctionné et vidé par sa face antérieure; l'orifice est bouché au catgut. On fait ensuite une incision sur la face postérieure à la partie inférieure du bassinet, ce qui permet de voir l'orifice de l'uretère, lequel est tout petit, presque filiforme. L'incision du bassinet est continuée sur l'uretère et les deux incisions latérales sont suturées l'une à l'autre uretère contre bassinet.

Les suites ne furent pas tout à fait satisfaisantes. Au cinquième jour de l'intervention survint un léger état fébrile. De la suppuration profonde s'établit; il fallut, au bout de trois semaines, rouvrir l'incision sur une petite étendue et drainer. Pendant plusieurs semaines, il sortit par l'orifice un peu d'urine. Mais à la fin de l'année, la guérison parfaite fut obtenue.

Actuellement, on ne sent plus de tuméfaction dans le flanc gauche; mais il m'est impossible de dire ce qu'est devenue la sécrétion rénale. La jeune opérée, très bien portante, n'a pas voulu se soumettre de nouveau ces temps derniers à l'épreuve de la séparation des urines.

M. Bazy. — Dans la communication que je vous ai faite et qui a été le point de départ de cette discussion sur l'hydronéphrose intermittente, j'ai étudié deux questions. Une première que j'avais traitée avec de plus amples détails dans la *Revue de chirurgie* :

c'était ce qui a trait à la pathogénie, aux conditions de production de cette hydronéphrose, et j'avais cru, en présence de cas d'hydronéphrose que j'avais vus, soit chez l'homme, soit chez la femme, soit du côté droit, soit du côté gauche, pouvoir en conclure que cette hydronéphrose ne devait pas être liée au rein mobile qu'on n'observe presque exclusivement que chez la femme et qu'on observe surtout du côté droit; cette hydronéphrose même est rare du côté droit, en comparaison de nombreux cas de rein mobile que nous sommes amenés à voir.

La deuxième question traitait du mode opératoire employé.

M. Delbet a profité de l'occasion pour vous relater deux observations dans lesquelles il a fait des opérations plastiques avec plein succès.

A ce propos, il m'est particulièrement agréable de constater et de louer les efforts et la ténacité de notre collègue pour arriver à démontrer que les anaplasties, les néostomies pyélo-urétérales sont susceptibles de donner de bons résultats.

C'est satisfaire à une curiosité scientifique tout à fait respectable. Mais je ne m'étais pas cru autorisé à faire de mes malades le sujet à la fois et l'objet de cette curiosité, me contentant de trouver suffisant comme eux le but que je m'étais proposé, à savoir, les débarrasser de la gêne, de la douleur et de la tumeur qu'ils avaient.

Comme le but était atteint, je n'ai pas cherché plus loin et je prends à mon compte les remarques fort judicieuses qu'a faites M. Delbet à propos de sa deuxième malade, à savoir que l'absence de toute tumeur et de toute douleur dans le flanc, où existaient avant son opération tumeur et douleur, indiquait le retour à l'état normal de la fonction rénale.

Je dis comme lui : puisque mes malades ne souffrent plus et n'ont plus de tumeur, c'est que le cours de l'urine est rétabli; la preuve, M. Delbet nous la fournira en faisant pratiquer le cathétérisme de l'uretère chez sa malade : ce cathétérisme lui a fourni une preuve matérielle dont à la rigueur, il eût pu se passer et dont, j'espère, il se passera dorénavant; la preuve clinique, symptomatique étant suffisante.

Ce qui est vrai pour les néostomies pyélo-urétérales est vrai aussi pour les néostomies urétéro-cystiques. Or, deux de mes opérations de ce genre datent maintenant de onze ans; les résultats ont été très bons, et j'ai d'autant plus le droit de dire que les résultats sont réels que, dans un cas, le rein était augmenté de volume avant l'opération, qu'il a diminué et ne s'est pas développé après l'opération, ce qui prouve que le rétrécissement de l'uretère n'existait plus. Du reste, nous avons vu cet orifice et si je ne me

trompe, mon ami Guinard l'a vu aussi au cystoscope chez une de mes malades.

Chez l'autre de ces deux cas anciens, l'un des reins était infecté et si j'eusse fermé la porte au lieu de l'ouvrir par mon opération, nous nous en serions, la malade et moi, vite aperçus.

Et ces deux malades, je les vois tous les ans bien portantes.

Une de mes urétéro-pyélonéostomies que j'ai faite avec mon ami Nélaton date de plus de sept ans, et plus jamais mon malade n'a vu ni senti de tumeur, ni de douleur : ni moi non plus du reste.

Il en est de même d'une autre que j'ai opérée à Beaujon il y a deux ans et demi, bientôt trois ans. A son sujet, le D[r] Berton (de Triel) à qui j'avais demandé de ses nouvelles, m'écrit ce qui suit : « la malade que vous avez opérée à Beaujon pour une hydronéphrose intermittente va aussi bien que possible. L'année dernière, j'ai eu occasion de la soigner pour des troubles gastro-intestinaux : mais il n'a plus été question de quoi que ce soit du côté du rein et de l'uretère. J'aurais voulu pouvoir vous donner des détails ; mais elle n'est pas à Chanteloup en ce moment. » Des autres, l'une est morte trois ans après son opération d'accidents cérébraux probablement syphilitiques, m'a-t-on dit. Les autres, je les ai perdues de vue. Toutefois j'en ai revue une, un an après son opération, et elle continuait à aller bien.

Ainsi donc le *retour à la santé complète* et la *cessation des accidents locaux* qui ont motivé l'opération indique la *perméabilité* de l'uretère.

Les expériences qu'a fait faire M. Delbet sont confirmatives, mais ne sont pas plus démonstratives que ne le sont les preuves cliniques. La vue chez une de nos malades de l'orifice urétéro-vésical créé est aussi confirmative mais pas plus démonstrative.

C'est pourquoi il est impossible d'attribuer aucune valeur à l'observation unique de M. Tuffier. Il fait une fois cette opération, il ne l'a pas réussie.

On ne peut en tirer qu'une conclusion, c'est la suivante : s'il n'a pas eu un *abouchement correct*, c'est qu'il n'a pas fait l'opération *correctement*. Sans cela, il n'eût pas été obligé de faire une nouvelle opération à sa malade. Et je suis bien certain que M. Delbet n'eût pas proposé une nouvelle opération à la sienne quand même les résultats de la séparation des urines eussent été nuls, quand même on n'eût pas pu pratiquer le cathétérisme de l'uretère. C'est parce qu'il savait que son opération avait eu des suites correctes qu'il s'est obstiné à vouloir la confirmation de son opinion.

Aussi a-t-il fait observer que sa malade n'avait eu aucune dou-

leur après l'opération. Je le fais observer aussi pour mes opérés ; j'ajoute en outre qu'aucun de ces opérés n'est revenu nous voir avec un *état général peu brillant* comme celui de la malade de M. Tuffier. Tous sont revenus me voir bien portants et sont restés bien portants.

Même en tenant compte des expériences de MM. Castaigne et Rathery qui pensent que la destruction même aseptique d'un rein exerce une influence mauvaise sur l'autre rein, je n'ai jamais pu trouver chez mes malades rien qui pût faire supposer que cette influence s'était exercée et s'exerçait, et les nombreuses années écoulées depuis que ces opérations anaplastiques ont été faites montrent bien que l'action destructive ne s'est pas exercée, ce qui prouve que ces opérations anaplastiques ont rétabli la fonction du rein primitivement atteint.

Si j'ai tant insisté, c'est que la question est pour moi du plus grand intérêt et je suis certain qu'elle intéresse aussi beaucoup M. Delbet et tous ceux qui ont fait *correctement* des opérations réparatrices et conservatrices.

Si ces réparations réparatrices et conservatrices ne servaient à rien, comme tendrait à le faire croire l'observation unique de M. Tuffier, il faudrait les abandonner, mais heureusement pour la bonne renommée de la chirurgie, il n'y a pas lieu de le faire, et pour le faire il faudrait une observation plus complète et plus concluante que celle qui nous a été fournie.

M. Legueu dans sa communication s'est surtout occupé : 1° de la pathogénie des hydronéphroses intermittentes ; 2° accessoirement de la thérapeutique et du mode opératoire.

Je suis très heureux des critiques qu'il m'a adressées : elles vont me permettre d'insister un peu et de préciser davantage ma pensée.

I. — Pour la pathogénie, il veut bien accepter que dans quelques cas une disposition congénitale du bassinet puisse être l'occasion d'une hydronéphrose intermittente et il en cite un exemple, *chez un homme et du côté gauche.*

Quant aux autres cas, il s'en tient, dit-il, à la doctrine, dite classique, qui fait du rein mobile la cause de l'hydronéphrose et il en cite tout juste un exemple, chez une femme qu'il a guérie d'une attaque douloureuse d'hydronéphrose en lui vidant son bassinet par le cathétérisme de l'uretère.

Mais il aurait pu le vider par d'autres moyens. J'ai cité autrefois le fait d'une femme qui guérissait son attaque d'hydronéphrose en se mettant dans la position génu-pectorale, les épaules plus

basses que le bassin, faisant ainsi tomber ses viscères sur son diaphragme.

Dans un autre cas, publié dans mon mémoire de la *Revue de Chirurgie*, les manœuvres de la respiration artificielle avaient vidé la poche hydronéphrotique.

Il pense qu'il faudrait que la poche hydronéphrotique eût un volume déjà assez considérable pour qu'elle pût faire tomber le rein. Mais il n'en sait rien, pas plus que moi du reste. Il croit que les 40 grammes de liquide qu'il a extraits, par cathétérisme de l'uretère, du bassinet d'un rein douloureux, sont insuffisants pour déterminer l'abaissement du rein. Mais qu'en sait-il? Et est-il bien sûr d'avoir évacué tout le liquide? A-t-il vidé toute la poche? Il le croit, mais il n'en est pas sûr; de ce que sa malade a été soulagée, après évacuation de ses 40 grammes, cela ne prouve pas que le bassinet fût vide. Un malade dont on vide la vessie distendue n'attend pas pour être soulagé que sa vessie soit vide. Il suffit que la distension cesse pour que le soulagement se produise. Peut-être est-ce le même phénomène qui s'est produit chez sa malade.

Chez la malade à laquelle j'ai dû faire la respiration artificielle, la poche contenait 70 grammes de liquide : or j'ai retiré quatre jours après, au moment de l'opération, une quantité que nous avons évaluée à 30 grammes au moins : il est parfaitement possible que cette quantité de liquide fût restée dans le bassinet.

Il n'y avait donc pas beaucoup de liquide et il en était peut-être resté.

Au reste, ainsi que M. Legueu le faisait remarquer, ce n'est pas la quantité de liquide qui règle la douleur, c'est plutôt la tension; le bon sens populaire a depuis longtemps exprimé cette donnée scientifique par la locution bien connue : j'ai une envie de pisser qui me coupe les flancs.

Mais il y a plus : ce n'est pas la tension qui seule est cause de la douleur : c'est surtout la façon dont se produit cette tension. Il faut, pour qu'une véritable douleur se produise, une tension survenant brusquement, et alors, on peut assister à une véritable crise néphrétique avec douleur violente, en général pas irradiée, mais localisée dans le flanc, avec vomissements, hyperesthésie du flanc, défense musculaire excessive. Puis, peu à peu, la douleur s'atténue : c'est que sous l'influence de la tension exagérée du liquide dans la poche, les parois de celle-ci cèdent un peu. La tension diminue et avec elle la douleur se calme; c'est l'étude attentive des malades qui permet de faire cette description.

Peu importe donc la quantité de liquide contenue dans le bassinet : la douleur n'est pas déterminée par la quantité de liquide mais par la tension de ce liquide. En cela, je suis complètement d'accord avec M. Legueu, et j'ajoute en plus, par la façon dont se produit cette tension.

Au reste nous trouvons des situations analogues pour d'autres affections : une vaginalité aiguë, même avec épanchement très petit, est beaucoup plus douloureuse qu'une énorme hydrocèle. Une rétention aiguë d'urine avec 800 à 900 grammes de liquide est beaucoup plus douloureuse qu'une rétention incomplète de 3 à 4 litres, même avec distension.

Par conséquent, l'argument tiré de la faible quantité de liquide qu'invoque M. Legueu ne me paraît pas valable.

Nous ne savons, ni lui ni moi, la quantité de liquide qui est nécessaire pour faire tomber un rein, pour lui donner le poids nécessaire à sa chûte, et par conséquent à la production de la crise d'hydronéphrose intermittente.

Nous ne savons même pas si la quantité, qu'on a mesurée, après l'avoir extraite par les diverses manœuvres dont il a été question, représente bien la quantité contenue dans le bassinet.

Un argument invoqué par M. Legueu en faveur de la théorie de l'hydronéphrose par rein mobile, et contre la théorie que j'ai soutenue : hydronéphrose par disposition congénitale du bassinet, hydronéphrose primitive, mobilité secondaire, c'est que, dit-il, il n'a jamais vu d'hydronéphroses intermittentes qu'à droite. Quelle que soit l'expérience que l'on puisse avoir, il faut cependant tenir compte de l'expérience des autres. Or, M. Hartmann en a vu un cas chez un homme et à gauche; M. Picqué, dans l'avant-dernière séance, en a cité un cas chez une femme et à gauche; M. Peyrot vient d'en citer un à gauche; j'ai cité deux cas à gauche chez des femmes, et un à gauche chez un homme. M. Legueu lui-même en cite un à gauche et chez un homme. Il y a là une contradiction dans ses écrits que je me permets de lui signaler. Je n'ai pas fait le dépouillement des cas situés à gauche, mais je suis sûr qu'on en trouverait beaucoup.

Son autre argument en faveur de la théorie dite classique ne vaut pas mieux.

La preuve, dit-il, que l'hydronéphrose est due au rein mobile, c'est qu'il suffit souvent de le relever et de le fixer pour faire cesser la crise.

Mais puisque la crise est due à la fermeture momentanée de la poche par suite de la chûte du rein, il suffit de relever le rein pour que la poche s'ouvre et que la rétention ou mieux la tension cesse et si, à ce moment, vous fixez le rein, vous pouvez

empêcher l'organe, hydronéphrotique ou non, de tomber et, par suite, la poche de se reformer et de se fermer à nouveau.

Au reste, il n'est pas défendu, ainsi que je l'ai dit dans ma communication, au rein mobile de faire de l'hydronéphrose intermittente, mais ce n'est pas parce qu'il est mobile qu'il la fait, c'est parce que ce rein mobile a un bassinet disposé congénitalement pour faire de l'hydronéphrose.

Mais admettons la relation. Il resterait toujours à expliquer pourquoi on voit *tant* de reins mobiles, et pourquoi on voit *si peu* d'hydronéphroses intermittentes. Il faut donc qu'il y ait autre chose que la mobilité rénale, pour expliquer cette hydronéphrose. Et c'est précisément parce que j'ai été frappé de ce fait paradoxal que j'ai été amené à faire faire les recherches sur les bassinets des nouveau-nés, dont M. Marcille a bien voulu se charger et que j'ai consignées dans mon mémoire de la *Revue de Chirurgie*.

M. Legueu a certainement vu beaucoup de reins mobiles, et, quoiqu'il ne nous en ait pas fourni d'observation, quelques hydronéphroses intermittentes.

Or, il a dû remarquer, comme nous tous, avec quelle facilité nous faisons descendre un rein mobile : il suffit de faire respirer profondément, au besoin de faire tousser la malade, de la faire marcher, si on l'observe le matin, avant qu'elle ne se soit levée, pour que ce rein descende, pour qu'on puisse placer son pouce entre le bord costal et son extrémité supérieure, pour qu'on puisse ensuite le faire rentrer dans sa loge en pressant sur lui, et, soulevant légèrement le pouce, permettre sa rentrée.

Or, quand une hydronéphrose intermittente s'est vidée, et qu'on ne la sent plus, on ne peut plus faire descendre le rein. Il y a là une différence capitale. Donc cette mobilité n'est pas le fait principal, primordial, essentiel, c'est un fait secondaire.

De plus, les hydronéphroses commencent à un âge où on n'observe guère de rein mobile. Chez une de mes malades, c'est à dix-huit ans qu'ont commencé les premiers symptômes.

Une autre considération, qui a pour moi une certaine importance, c'est que, tandis que les malades à rein mobile ont l'espace costo-iliaque agrandi, de façon à permettre de placer trois ou quatre doigts entre la douzième côte et la crête iliaque, quelques hydronéphroses intermittentes, la plupart, pourrais-je dire, ont cet espace plus étroit.

Enfin, quoiqu'ils souffrent beaucoup, qu'ils aient des crises douloureuses très violentes et quelquefois des douleurs prolongées, on n'observe pas chez les malades hydronéphrotiques cette cachexie néphroptosique que j'ai décrite dans les reins mobiles simples; et cependant les hydronéphrotiques ont des douleurs

souvent prolongées et des crises douloureuses, capables de les affaiblir et encore, sans compter les effets généraux dus à la destruction du rein mis en tension.

Ajouterai-je que dans une des observations que j'ai citées ici, je note que le rein droit est légèrement mobile, or, c'est à gauche que siège l'hydronéphrose.

Un autre point visé dans l'argumentation de M. Legueu est le rôle joué par une artère anormalement placée ou soi-disant anormalement placée.

J'ai dit que ce rôle était nul primitivement et qu'il n'était que secondaire et accessoire, le chevauchement, la coudure de l'uretère étant consécutifs à la descente du bassinet et à l'entraînement derrière cette artère de l'orifice supérieur de l'uretère, ce qui détermine le chevauchement de celui-ci.

J'ai eu le plaisir de voir mes idées confirmées par M. Poirier dont les recherches sur les uretères sont bien connues et qui a, par conséquent, une compétence particulière sur cette question.

L'observation que M. Picqué nous a lue dans la dernière séance est confirmative aussi de ces idées et c'est de la même manière que je l'interpréterais, contrairement à ce qu'a dit M. Picqué.

Nous commençons donc à interpréter d'une autre manière les observations présentées jusqu'ici comme des exemples d'hydronéphrose par disposition dite anormale d'une artère.

M. Legueu, et avec lui M. Picqué, persistent à penser qu'une artère croisant l'uretère suffit à en modifier la direction, à le couder, et M. Legueu nous cite deux observations à l'appui.

J'avoue que je ne m'explique pas comment une artère saine pourrait faire chevaucher ou seulement couder un uretère, changer ses rapports, son trajet, sa direction.

Nous voyons dans l'économie un grand nombre d'artères qui croisent des organes plus ou moins importants et qui n'en modifient, tant qu'elles sont saines, ni la forme, ni la direction.

L'aorte ne courbe ni oblitère la trachée ou la bronche gauche. Et sans aller si loin, l'uretère ne croise-t-il pas normalement l'iliaque primitive à gauche, l'iliaque externe à droite, et voyons-nous jamais l'une ou l'autre de ces grosses artères modifier en quoi que ce soit le trajet, la forme de cet uretère? C'est là encore un point que les recherches de M. Poirier ont bien mis en lumière.

Et cependant toutes les conditions favorables sont réunies, et ce qu'une grosse artère n'a jamais fait vers la partie moyenne, une petite artère le ferait, parce qu'elle croise l'uretère au voisinage de son extrémité supérieure? Ce serait bizarre!

Mais il y a plus.

J'ai dit que M. Legueu avait cité deux observations.

Or, je crois bien connaître la malade qui fait le sujet d'une de ces deux observations. M. Legueu corrigera mon erreur si je me trompe. Toutefois, j'ai de sérieuses raisons de penser que sa malade et la mienne ne font qu'une seule et même personne : car on n'a pas l'occasion de voir souvent une malade guérie ou soi-disant guérie de tuberculose rénale par le sérum de Marmorek. Elle répond bien à celle dont l'observation sommaire a été donnée par M. Legueu. Mais j'ai le droit, comme vous allez voir, d'interpréter d'une manière toute différente les accidents qu'elle présentait. Il s'agit, en effet, d'une malade de trente à trente-deux ans que j'ai vue en consultation avec le Dr Raymond Petit au mois d'août de l'année dernière.

Comme je l'ai vue quelques heures avant mon départ pour les vacances, je n'avais pas pris de notes sur son compte. Mais j'avais conservé le souvenir qu'il s'agissait d'une *vulgaire pyélo-néphrite ascendante.* Car j'avais constaté chez elle le réflexe urétéro-vésical et j'avais émis de forts doutes sur la nature tuberculeuse de la lésion pour plusieurs raisons et une entre autres, c'est que l'uretère examiné par le toucher vaginal ne m'avait pas paru, quoique *augmenté de volume*, avoir la dimension des uretères dans la tuberculose rénale.

J'avais craint que mes souvenirs ne fussent pas suffisamment exacts et j'ai écrit au Dr Raymond Petit une lettre pour lui demander des renseignements. Or, voici sa réponse.

Mon cher maître,

Chez la malade dont vous me parlez et près de laquelle je vous avais appelé, on déterminait par le toucher vaginal, d'une façon absolument nette, le réflexe urétéral : je l'avais constaté et vous avez bien voulu attirer mon attention sur ce cas, où il était, disiez-vous, absolument typique.

Agréez, etc.

Signé : R. PETIT.

Ainsi donc, dans ce cas, l'uretère était malade du haut en bas; le passage d'une artère en avant de l'uretère n'était donc pour rien dans les lésions du rein. C'était, je le répète, la vulgaire pyélonéphrite ascendante. Si *l'artère eût joué un rôle*, *l'uretère n'aurait pas été malade au-dessous*, comme je l'ai constaté et le Dr Raymond Petit avec moi.

M. Legueu a jugé utile et a été obligé de faire deux opérations à cette malade. Je n'ai pas à discuter sa conduite : quant à moi la constatation des signes dont je parle m'avait conduit à poser des indications opératoires différentes. J'avais proposé la néphrectomie.

Je n'ai pas à parler sur l'autre observation de M. Legueu; peut-être serait-elle susceptible des mêmes observations que la précédente.

Quant au mode thérapeutique employé, j'ai montré par des observations que beaucoup étaient bons, pourvu qu'ils fussent corrects et qu'il faut adapter les procédés opératoires aux cas qui se présentent.

Une fois je me suis contenté de couper une bride qui serrait l'uretère contre le bassinet; une autre fois, j'ai fait une anastomose terminale; trois fois j'ai fait une section longitudinale portant sur l'uretère et le bassinet et suturé les lèvres antérieures entre elles et les lèvres postérieures de l'incision aussi entre elles. Je créais ainsi un orifice infundibuliforme. M. Peyrot a opéré de même.

M. Legueu nous dit qu'il vaut mieux faire une anastomose latérale qu'une terminale; mais il ne nous cite aucune observation à l'appui.

M. Poirier. — Je n'ai point d'opinion absolument faite sur la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente; c'est pourquoi je n'oserais me mettre en contradition avec mon ami Bazy, si documenté en ces matières. Cependant, j'ai injecté un grand nombre d'uretères, des centaines; tout dernièrement encore, pour essayer de déterminer la forme de l'uretère, que nous connaissons si mal, j'ai fait avec M. Fredet des injections d'onguent gris dans les uretères sur le cadavre entier; je vous présenterai dans notre prochaine séance les radiographies de ces sujets; elles montrent parfois des coudures si brusques des uretères au-dessous du rein, qu'on est tenté de faire jouer à ces *coudures* un rôle pathogénique dans l'hydronéphrose intermittente.

Sur les intoxications par le naphtol camphré

M. Nélaton. — J'ai employé bien des fois le naphtol camphré sur des surfaces planes, cruentées. Jamais je n'ai vu survenir d'accidents analogues à ceux dont nous a parlé M. Guinard. Je ne l'ai pas employé en injections dans les cavités closes.

M. Perier. — Le naphtol camphré ayant été introduit dans mon service à l'hôpital Lariboisière par mon interne en pharmacie le Dr Desesquelle, et utilisé pour la première fois avec

mon assentiment par mon interne en chirurgie le Dr Reboul, j'ai contribué à en généraliser l'emploi, et ce parainage me fait un devoir de prendre la parole dans cette discussion.

Tout d'abord, j'exprime certainement notre pensée commune en félicitant et remerciant notre ami Guinard d'avoir appelé notre attention sur cette catastrophe qui l'a si profondément ému et d'avoir cherché avec tant de soin les éléments d'une explication satisfaisante.

Un homme a succombé quelques instants après injection de naphtol camphré dans la cavité d'un abcès dont le pus venait d'être évacué.

La mort est survenue avec un ensemble de symptômes qui prouve une action sur les centres nerveux. Cette action n'a pu s'exercer que par l'intermédiaire des voies circulatoires. Le poison y est-il entré par absorption ou par effraction? C'est la première question à résoudre.

Que ce soit tel ou tel point des centres nerveux qui soit influencé, que ce soit à l'excitation ou à l'inhibition que la mort soit attribuable, cela n'a pour nous, chirurgiens, qu'un intérêt secondaire. Ce qu'il nous faut, c'est empêcher le poison d'arriver aux centres nerveux. Si l'entrée se fait par absorption, la réponse est simple : il faut rejeter ce poison de la thérapeutique.

Si au contraire le poison a pénétré par une porte plus ou moins largement ouverte, la question se simplifie, il faut trouver le moyen de ne jamais ouvrir de porte au poison.

Dans l'exemple qui nous est présenté peut-on admettre une absorption simple, une action osmotique franche et j'ajoute particulièrement rapide?

Tout d'abord la solubilité du naphtol camphré est nulle, ou à bien peu près; émulsionné, son émulsion ne tient pas ; il s'ensuit qu'il doit être trop peu diffusible pour qu'il soit rationnel d'admettre qu'en l'espèce il y ait eu un temps matériel suffisant d'absorption.

Il faut aussi tenir compte de la membrane à travers laquelle se fait la diffusion. La paroi du foyer purulent est-elle perméable à un degré différent de perméabilité du péritoine, par exemple, vous m'accorderez bien que s'il y a différence, il est plus probable que c'est en faveur du péritoine. Eh bien, le péritoine supporte très bien le naphtol camphré. J'en ai la longue expérience ; le récit très bref d'une observation un peu exceptionnelle vous en fournira la preuve.

Une femme fut amenée dans mon service à Lariboisière, offrant tous les signes d'un kyste rompu dans l'abdomen ; je pratiquai la laparotomie, j'évacuai une quantité énorme d'hydatides prove-

nant d'un vaste kyste de la face supérieure du foie, plus près du bord postérieur que de l'antérieur; la déchirure du kyste étant sous la partie la plus élevée de la voûte diaphragmatique échappait à toute action directe; je me contentai de bien nettoyer le péritoine et en suturant l'incision abdominale de laisser à son extrémité inférieure un drain volumineux plongeant dans le petit bassin où devaient naturellement converger toutes les sécrétions qui ne manqueraient pas de se produire.

En effet, l'évacuation fut abondante et malgré tous les soins il fut impossible d'éviter un commencement d'infection. La température monta; ma confiance absolue dans l'efficacité et l'innocuité du naphtol camphré m'incita à l'employer en cette occurrence. Au moyen d'un verre à bec j'en versai hardiment 20 centimètres cubes dans la cavité péritonéale, par l'extrémité du drain dont le calibre intérieur pouvait admettre le petit doigt. Le liquide engouffré disparut dans le ventre, la température baissa, l'opérée fut soulagée. Quelques jours après, nouvelle ascension du thermomètre, nouveau versement de naphtol et ainsi de suite pendant plusieurs mois jusqu'à ce que l'enveloppe kystique fût enfin expulsée. Quelques jours après la suppression du drain, cette enveloppe vint faire saillie à l'orifice de la fistule restante. Elle fut extraite par cet orifice tout d'une pièce en une masse molle, grisâtre, qui recueillie dans un vase y tenait une place équivalente à la capacité d'un demi-litre environ. La guérison suivit de près. Cela se passait il y a une quinzaine d'années; depuis, l'opérée n'a cessé de jouir d'une santé florissante. Dans ce cas l'action très réelle du naphtol camphré a été indubitablement bienfaisante.

Après semblable expérience vous comprendrez que j'aie couramment usé de naphtol camphré dans la chirurgie abdominale. Toute surface cruentée et notamment les moignons des ligaments larges ou des pédicules kystiques, ainsi que les points de suture, a été par moi soigneusement touchée et badigeonnée au naphtol camphré sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient; j'ai toujours cru y trouver bénéfice.

Autre exemple : mon ami Constantin Paul m'appela auprès d'un de ses clients qui avait au sommet du poumon gauche un foyer de gangrène pulmonaire communiquant largement avec les bronches, si largement que l'atmosphère de la pièce où se tenait le malade était empestée, à ce point qu'il était difficile de lutter contre la nausée.

J'ouvris ce foyer, en incisant le deuxième espace intercostal, j'installai un gros drain, après avoir essuyé l'intérieur du foyer avec un tampon imbibé de naphtol camphré. L'odeur fut assez rapidement annihilée, mais avec tendance à réapparaître. Le cas

était embarrassant, car la communication avec les bronches était si large que le malade pouvait rester aussi longtemps qu'on voulait la bouche fermée et le nez pincé, respirant librement par son drain. J'essayai néanmoins de recourir au naphtol camphré. A l'aide d'un compte-gouttes, j'en instillai quelques gouttes par le drain, m'arrêtant dès que le malade sentait l'odeur du camphre lui remonter par le larynx. Le succès de la première tentative m'engagea à continuer, pour ne cesser que lorsque l'odeur cessa de revenir; j'enlevai alors le drain, et la guérison survint rapidement. Voici bien des années que mon opéré n'oublie pas de m'envoyer des souhaits de nouvel an.

Je laisse de côté le contact du naphtol avec la plèvre, qui se montre si intolérante pour les contacts les plus divers et même les moins toxiques; ici le naphtol n'a pas produit chez les malades de réels phénomènes d'empoisonnement. Je me crois donc en droit de conclure des faits qui précèdent, que le contact même prolongé du naphtol camphré avec une surface absorbante, ne suffit pas pour expliquer un seul des cas rapportés ou résumés dans les vingt observations citées par M. Guinard.

M. Guinard nous dit : « En réalité, je crois qu'il y a là une « pathogénie qui nous échappe, à moins que certaines poches « aient une puissance d'absorption exceptionnelle, ou que des « veines pariétales décomprimées par l'aspiration du pus ne se « rompent et servent de voie d'absorption massive.

Toutefois, il ne se croit pas en droit de conclure. Cependant, on sent bien que lui aussi ne voit que deux modes d'explication, qui ne soient pas du domaine de la métaphysique : l'absorption proprement dite, et celle qu'il appelle massive, résultant d'une ouverture vasculaire, l'introduction que j'ai dite par effraction. »

Mais l'absorption, il ne peut l'admettre qu'à titre exceptionnel, et logiquement il ne peut voir dans le travail osmotique d'autre élément exceptionnel que la nature même de la paroi de ces poches purulentes. Il est certain que, dans la dialyse, la vitesse des courants osmotiques varie avec la nature de la membrane et augmente avec la température. Ici la température est à éliminer, elle a des limites oscillant entre 2 ou 3 degrés au plus.

La constitution anatomique des poches est-elle si différente d'une poche à l'autre? on peut en douter, la preuve serait à faire; en attendant, je me crois en droit de dire qu'il ne peut s'agir que d'une différence de friabilité, c'est-à-dire de tendance à la déchirure facile, et alors nous aboutissons à la cause que je crois unique, la pénétration par effraction; à ce que M. Guinard exprime en disant que « les veines pariétales décomprimées par l'aspiration du pus se rompent et servent de voie d'absorption massive ».

Oui! Mais il y a alors issue du sang et la force agissante tendrait plutôt à pousser le sang hors des vaisseaux si une force plus grande ne l'y maintenait et même n'y propulsait le liquide nocif. Cette force on pourrait la trouver dans l'énergie de l'injection. Il peut en avoir été ainsi pour un certain nombre des accidents signalés, mais non dans le cas rapporté par M. Guinard. Chez son malade l'injection n'a pas été poussée jusqu'à la distension extrême et pourtant le sang a pénétré dans les voies circulatoires.

Considérons le siège de l'abcès : abcès ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite; volume d'un gros œuf de pigeon.

Pour un chirurgien, qu'est-ce que la région sus-claviculaire, sinon la région dangereuse, celle de l'ouverture de veines dont la paroi maintenue extérieurement ne peut s'affaisser, et dont le calibre reste béant, prêt à sucer, sous l'ampliation thoracique, l'air ou les liquides qui s'y présentent. En lisant ce matin dans notre bulletin le compte rendu de la dernière séance, cette explication, l'absorption du naphtol par une veinule béante et aspirante, encastrée dans la paroi friable de l'abcès, m'a paru la seule explication plausible et sans que j'aie eu le temps de fouiller les recueils d'observations, je crois qu'on en trouverait de nombreuses où d'autres médicaments ont produit des effets aussi désastreux et où les accidents ont été interprétés ainsi.

Je crois donc pouvoir traduire ma pensée par la formule suivante : le naphtol camphré est un excellent médicament, mais ne l'injectez jamais sous pression, ne le mettez jamais en contact avec des vaisseaux veineux largement ouverts, surtout dans la zone périthoracique dite dangereuse; ces précautions prises, vous pouvez vous en servir sans danger.

M. Pierre Delbet. — Je voulais seulement dire un mot sur la toxicité du naphtol. Il y a quelque quinze ans, alors que je faisais des expériences sur la physiologie chirurgicale du péritoine, et que j'étudiais l'action des antiseptiques sur son endothélium, j'ai lavé des péritoines de chiens avec l'eau naphtolée qui était alors à la mode et qu'on disait peu toxique. Je faisais ces lavages après laparotomie large et par conséquent sans pression. Il ne pouvait être question de pénétration par effraction dans les vaisseaux. C'est l'absorption seule qui était en jeu; il est vrai qu'elle est très considérable dans le péritoine. Toujours est-il que les résultats de ces lavages péritonéaux avec l'eau naphtolée étaient effroyables. Les animaux succombaient en quelques minutes avec des accidents convulsifs semblables à ceux que notre collègue Guinard nous décrivait dans la dernière séance.

M. Perier. — M. Delbet confond la solution aqueuse de naphtol avec le naptol camphré. Au point de vue de la puissance osmotique, je crois qu'il a tort : il y a, à ce point de vue, une différence notable ; le naphtol camphré est insoluble et n'a aucune tendance à traverser la membrane d'un dialyseur.

M. Pierre Delbet. — Je remercie M. Perier d'avoir donné cette explication. Mais je me demande si elle est pleinement satisfaisante. Je sais l'importance des phénomènes d'osmose et de dialyse, je sais qu'on fait les expériences d'osmose avec des membranes d'origine animale, mais je sais aussi que ces membranes sont mortes, et rien ne prouve que vivantes elles se comportent de la même façon; l'endothélium vivant joue très probablement un rôle actif.

En tout cas on peut trouver au fait de M. Perier une autre explication. Un tube laissé dans l'abdomen s'entoure d'adhérences en vingt-quatre heures. C'est un des grands avantages du drainage du péritoine, peut-être le principal de circonscrire le foyer suspect par la formation rapide d'adhérences protectrices. Je suis très tenté de croire que les vingt centimètres cubes de naphtol camphré que M. Perier a versé dans le tube sont restés dans le canal constitué par les adhérences de nouvelle formation sans pénétrer dans la cavité séreuse.

Je n'ai jamais vu d'accidents dus au naphtol camphré, mais je ne l'ai employé que rarement et à très petites doses. Depuis que les premiers accidents ont été signalés, c'est-à-dire depuis plusieurs années, j'ai complètement renoncé à son emploi.

On a dit que le thymol camphré était moins toxique. Je l'ai essayé, mais avec d'extrêmes précautions. Je m'en abstiendrai dorénavant, à moins que des expériences précises démontrent qu'il n'est pas toxique.

M. Lucas-Championnière. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Guinard, parce que j'ai observé un fait qui est un peu différent dans la forme, mais qui permet d'affirmer les grands dangers du naphtol camphré.

Il y a deux ans, j'ai eu dans mon service un sujet qui avait eu de gros abcès tuberculeux du pli de l'aine gauche.

Il était à peu près guéri, et venait de temps en temps se faire injecter un peu de naphtol camphré dans une fistule peu importante. Le liquide entrait et sortait sans difficulté. La quantité employée ne fut pas mesurée, mais elle était assurément minime.

Un jour il fut pris à la suite d'un état syncopal des plus graves. Pendant cinq heures tous les moyens possibles furent employés sur lui, on finit par le tirer d'affaire. Très heureusement il y avait

dans la salle au moment où l'injection fut faite un interne fort intelligent et actif, qui ne négligea rien, respiration artificielle, injections de sérum et tous les moyens d'excitation possibles.

Il réussit à rappeler ce sujet à la vie. Il ne parut pas qu'il y eût eu d'effraction. Il n'y avait aucune difficulté pour la pénétration, ni pour la sortie de l'injection poussée avec une seringue de verre ordinaire.

J'avoue avoir été si effrayé par ce cas et par la lecture d'un certain nombre d'observations qui montrent que ces accidents extraordinaires se montrent sans qu'il soit bien facile de les prévoir que depuis je me suis abstenu de l'emploi du naphtol camphré.

Ce n'est pas sans doute un médicament négligeable. Mais vraiment si son emploi est sujet à de tels à-coups si rares soient-ils, je crois qu'il n'y aurait aucune bonne raison de le conserver.

Ici il ne semble pas qu'il y ait eu d'introduction dans les vaisseaux. Pourtant les accidents ont eu une rapidité et une activité formidables.

M. Kirmisson. — J'avais conservé le souvenir très net des cas de mort qui nous ont été communiqués autrefois par MM. Calot et Ménard (de Berck). Depuis lors, M. Ménard a cité au Congrès de Chirurgie un nouveau cas dans lequel, chez une fillette, des accès épileptiformes, survenus à la suite d'une injection de naphtol camphré, lui ont causé pendant plusieurs heures les plus vives inquiétudes. Quelque soit le mécanisme des accidents, il n'est pas douteux que ceux-ci doivent être mis sur le compte de l'agent médicamenteux, quand on les voit toujours affecter la même forme, c'est-à-dire soit la syncope, soit l'apparence d'accès épileptiformes.

D'autre part, et c'est là le point sur lequel je veux surtout insister, ce même naphtol camphré, dont l'usage est certainement dangereux, me semble très inférieur à l'éther iodoformé dans le traitement des abcès tuberculeux. Les quelques essais que j'ai faits autrefois aux Enfants-Assistés, avec le naphtol camphré, m'ont vite démontré son infériorité. J'arrive aux mêmes conclusions quand je lis les observations de malades qui ont subi jusqu'à vingt-cinq et trente injections de naphtol camphré dans un abcès. Il m'arrive très rarement avec l'iodoforme de dépasser le chiffre de trois à quatre injections. J'ai fait et fait faire à l'heure actuelle des milliers de ces injections d'iodoforme dans les abcès tuberculeux, et je n'ai jamais observé le moindre accident. Mais j'ai la précaution de ne jamais injecter dans la poche que la quantité d'iodoforme que je compte pouvoir y laisser sans danger, soit, d'après l'âge de l'enfant et l'étendue de l'abcès, 5, 10 ou 15 grammes

d'éther iodoformé, représentant 50 centigrammes, 1 gramme ou 1 gr. 50 d'iodoforme.

M. Moty. — J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Gely-Guinard, mais sa conclusion m'a parue trop absolue, car, employant le naphtol camphré depuis quinze ans, je n'ai jamais eu connaissance d'accidents dans les milieux où je me trouvais, ni dans ma propre pratique. Mis en garde par le rapport de Nélaton, je m'étais fait une règle de n'employer que des doses minimes, toutes les fois qu'il s'agissait d'injection en cavité close; une ou deux gouttes dans les ganglions; un tampon imprégné de naphtol dans les foyers largement ouverts; quelques gouttes dans l'orifice des tubes à drainage du péritoine ou de la plèvre, et ces doses suffisent. Comme le naphtol camphré est d'un emploi très commode, je me fais un devoir de le défendre, car, pendant les quatre ans où j'ai employé l'iodoforme, j'ai eu quatre accidents, dont un mortel, tandis que le naphtol camphré ne m'en a donné aucun en quinze ans. J'estime donc que c'est un médicament qui mérite d'être conservé, à condition d'être employé à très petites doses dans les cavités closes.

M. Pierre Delbet. — Puisqu'on introduit dans la discussion la question de l'éther iodoformé, je rapporterai un fait tragique dont j'ai été témoin lorsque j'étais interne dans le service de mon maître le professeur Trélat.

Il s'agissait d'un jeune homme de quinze à seize ans qui avait une tumeur blanche du coude avec un abcès situé à la face externe de l'articulation. En allant faire sa leçon clinique, M. Trélat fit lui-même la ponction de cet abcès suivie d'injection d'éther iodoformé. Je n'ai pas besoin de vous dire que la petite intervention fut faite avec tout le soin possible. La quantité injectée fut peu considérable, la cavité étant de faible dimension. On suivit la technique habituelle, c'est-à-dire qu'après avoir injecté l'éther iodoformé on ferma le robinet du trocart pour quelques instants pendant lesquels les vapeurs d'éther détendirent légèrement la poche; puis on ouvrit le robinet et la plus grande partie de l'éther fut évacuée. On appliqua un peu de collodion, un peu d'ouate avec une bande et tout le monde gagna l'amphithéâtre sans la moindre préoccupation. Quand la leçon fut terminée, on vint nous apprendre que l'enfant était mort.

Depuis je n'ai plus fait une seule injection d'éther iodoformé.

M. Moty. — Je ne puis répondre à M. Kirmisson sans revoir l'observation qui date de dix-huit ans. Je me rappelle seulement

que l'injection avait été faite pour un vaste abcès froid costal sur un indigène annamite en très mauvais état, et qui a succombé une demi-heure après. Je puis ajouter qu'elle me paraissait peu indiquée, et que je ne m'y étais résolu que sous la pression d'un partisan convaincu de cette méthode.

M. Quénu. — Je ne veux discuter qu'un seul point : c'est le mécanisme des accidents survenus à la suite d'une injection non seulement de naphtol camphré, mais de tout médicament.

Il faut bien séparer les applications médicamenteuses à la surface des plaies d'avec les injections dans les cavités.

Au début, à la suite des communications de M. Verneuil, j'injectai d'assez grandes quantités d'éther iodoformé sans accident, puis je vis que, parfois, l'injection de petits abcès avec de l'éther iodoformé déterminait des accidents, spécialement des vomissements. Je recherchai la raison de ces différences et je constatai que les signes d'intoxication survenaient surtout dans les cas où l'évacuation du pus s'était à la fin accompagnée de l'écoulement de sang, comme cela arrive si souvent pour les abcès froid. J'en conclus qu'en pareil cas la rupture de vaisseaux à la surface de la poche était la cause principale de l'absorption rapide du toxique.

Je pense donc que dans les cas d'intoxication par le naphtol camphré, il doit en être de même : les gouttes huileuses de naphtol camphré doivent vraisemblablement pénétrer dans les veines ouvertes de la paroi, comme les gouttes d'huile pénètrent dans les veines béantes d'un foyer de fracture pour donner naissance à des embolies graisseuses.

Aussi, n'ai-je cessé d'appliquer la formule que j'avais indiqué déjà, il y quelques dix ans, à propos des injections de cocaïne dans l'hydrocèle :

1° N'injecter jamais dans les cavités que la quantité d'un médicament à la résorption de laquelle on souscrit d'avance.

2° Laisser, quand il s'agit d'éther iodoformé, le trocart en place afin que les vapeurs d'éther puissent sortir librement.

3° N'injecter aucune substance médicamenteuse dans un abcès, quand l'écoulement du pus est à la fin suivi d'un écoulement de sang pur.

M. Guinard. — Je suis très heureux d'avoir soulevé cette discussion qui me paraît non seulement intéressante au point de vue théorique, mais surtout de nature à éviter de véritables catastrophes.

Cette discussion confirme ce que je disais dans ma communication sur la difficulté de trouver une explication satisfaisante de

la pathogénie des accidents. En effet, la plupart des orateurs ont émis une idée différente et je crois qu'aucune de ces idées ne peut s'appliquer à tous les cas. C'est, en somme, l'effraction des veines pariétales qui semble être la meilleure explication ; et cette effraction peut se faire non seulement par la décompression quand on aspire le pus, mais encore par les frottements de la canule du trocart sur la paroi, quand la poche est vidée.

Quoi qu'il en soit, le fait est là — et les cas cités par MM. Championnière et Peyrot montrent bien que le danger existe, comme mes vingt observations ne le montraient que trop.

Je peux même dire à M. Peyrot qu'il peut ne pas accuser pour ses malades un excès dans la dose injectée. De formidables accidents sont survenus après l'injection de cinq gouttes (un quart de centimètre cube) de naphtol camphré. La dose n'est donc pas en jeu. Cependant quand M. Moty nous dit qu'il n'injecte jamais plus d'*une goutte* de naphtol camphré dans les abcès, il me semble que c'est là une dose absolument insignifiante encore plus au point de vue thérapeutique qu'au point de vue toxique. S'il faut n'user que d'une goutte, je préfère ne rien injecter du tout et je crois que le résultat sera le même.

En somme, après ma communication et la discussion qui précède, il me semble que le naphtol camphré est condamné. Je ne saurais le regretter que parce que mon bien-aimé maître M. Périer avait été comme il l'a dit « son parrain »... *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*

Rapports.

I. *Amputation de Gritti. Cinq nouveaux cas personnels, dix radiographies à l'appui.* — II. *Amputation du rectum pour cancer. Guérison suivie de continence.* — III. *Déchirure de l'urèthre postérieur compliquant une fracture du bassin, infiltration urinaire péri-vésicale ; laparotomie d'emblée, cathétérisme rétrograde combiné avec l'uréthrotomie externe; guérison parfaite* par M. S. SZCZYPIORSKI (de Mont-Saint-Martin.)

Rapport par M. LEJARS.

J'ai à vous présenter un rapport, ou plutôt trois rapports, sur trois mémoires qui nous ont été adressés par M. le D[r] Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin), et qui, d'ailleurs, ne sont reliés

entre eux que par le nom, et, j'ajouterai, par l'activité chirurgicale de leur auteur.

Le premier a trait à l'amputation de Gritti. En 1900, M. Szczypiorski nous avait communiqué trois premières opérations de Gritti. Je vous les « rapportai », et ce rapport (1) fort suivi d'une discussion sur la valeur respective de l'amputation fémoro-rotulienne et de la désarticulation du genou. Depuis, notre confrère a trouvé l'occasion de pratiquer, cinq fois, le « Gritti »; on pourra croire que sa prédilection pour une opération, qu'il a bien étudiée et qu'il sait bien faire, n'a pas été sans influence sur le rapide accroissement des observations. Toujours est-il que M. Szczypiorski, peut aujourd'hui inscrire à son actif huit amputations ostéoplastiques du genou, et que peu de chirurgiens français, — je le pense du moins, — en peuvent compter autant.

Les cinq faits nouveaux rappellent de près les anciens, et les indications ont presque toujours été les mêmes. Les voici, d'ailleurs, en raccourci :

I. — Mineur de vingt-deux ans. Écrasement et « détachement » de la cuisse droite par une roue de wagon; fracture ouverte de la cuisse gauche, au-dessus des condyles. Quelques jours après, gangrène de la jambe gauche, qui remonte jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous du genou. Amputation de Gritti le 4 août 1902; le fémur est scié « immédiatement au-dessus du trait de fracture, qui se trouve juste au delà des condyles ». Cerclage transversal fémoro-rotulien. Au bout d'un mois, on constate, à l'extrémité inféro-interne du moignon, un ostéome qui acquiert rapidement le volume d'une noix, et qui est excisé en décembre. En janvier 1903, le blessé, guéri, marche avec un appareil à point d'appui ischiatique, à droite; avec une jambe artificielle avec appui sur le bout du moignon, à gauche. Le segment rotulien paraît très mobile sur le fémur, et, de fait, la radiographie montre que le fil « encercleur » s'est rompu en deux points, et qu'il n'y a aucune soudure fémoro-rotulienne; la marche n'en est nullement gênée, et la rotule (ou demi-rotule) n'a pas de tendance à « remonter ».

II. — Manœuvre de quarante et un ans. Contusions graves de la jambe gauche, avec décollements étendus de la peau. Gangrène consécutive. Opération de Gritti le 11 septembre 1902. Le fémur est scié « par nécessité, faute de téguments, assez loin des condyles »; cerclage fémoro-rotulien transversal. Guérison sans incident. Revu au bout de quinze mois, l'amputé marche sur le bout de son moignon qui est bien formé et recouvert d'une peau souple et mobile. Soudure intime de la rotule et du fémur; fils intacts (radiographie).

(1) Opération de Gritti (trois observations inédites). *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 14 nov. 1900, p. 1021.

III. — Accrocheur au chemin de fer, de vingt-cinq ans; broiement du pied et de la jambe, à droite; gangrène. Amputation de Gritti le 27 novembre 1902, cerclage transversal fémoro-rotulien; sphacèle partiel du lambeau cutané; fistulisation du moignon; curettage et ablation du fil d'argent. Finalement guérison, soudure de la rotule et du fémur confirmée par la radiographie; marche sur le bout du moignon.

IV. — Nettoyeur de chaudières, cinquante et un ans. Fracture ouverte au tiers inférieur de la jambe gauche et contusions graves du membre; suture du tibia par deux agrafes; gangrène remontant, en arrière, jusqu'au-dessus du creux poplité. Amputation de Gritti le 19 mars 1903; cerclage transversal; guérison et marche sur le bout du moignon; soudure fémoro-rotulienne, constatée par la radiographie.

V. — Aide-mineur de quatorze ans et demi. « Détachement » de la jambe gauche et fracture de la cuisse gauche, par un bloc de mine de fer. Amputation de Gritti le 9 mai 1903 : le fémur est scié au-dessous du cartilage de conjugaison, puis les parties latérales sont abrasées, pour permettre de recouvrir le moignon; la rotule, avivée, est suturée au fémur par un fil d'argent vertical, qui traverse le bord postérieur des deux plans osseux, à sa partie moyenne. Lambeau très irrégulier, à cause des pertes de substance de la peau. Réunion de la fracture du fémur, par deux agrafes. Guérison de l'amputation et de la fracture; les agrafes sont extraites au bout d'un mois. Revu après cinq mois, l'opéré marche bien, sur son moignon.

Dans ce dernier cas, M. Szczypiorski a pu sectionner le fémur au-dessous du cartilage de conjugaison et il espère que, de ce fait, la cuisse pourra continuer à grandir et que la disproportion ne sera pas trop grande, d'un côté à l'autre. Il faudra voir ce que vaudra, ultérieurement, ce cartilage conjugal et aussi comment le moignon pourra se comporter, sous l'influence de cet allongement physiologique du fémur. Ici encore, étant donné la petitesse de la rotule, c'est la suture verticale postérieure qui a été pratiquée, et non la suture en anse, trans-fémorale et trans-rotulienne, le cerclage transversal, que l'auteur a utilisé dans les sept autres amputations.

Cette série importante de faits est d'un réel intérêt, d'autant mieux que les opérés ont été suivis et revus au bout d'un temps relativement long et M. Szczypiorski rappelle, à ce propos, qu'un « Gritti » de 1898 a été revu par lui en 1903, « c'est-à-dire plus de cinq ans après l'intervention, marchant toujours parfaitement bien sur le bout de son moignon ».

Tel est, en effet, l'objectif principal que se propose notre confrère : *marche sur le bout du moignon;* tel est, peut-on dire, en élargissant quelque peu la question, l'indication fondamentale

que remplissent, au dire, de leurs partisans, les amputations ostéoplastiques. Et je pense que nous sommes autorisés à généraliser, de la sorte, la discussion, sans nous en tenir exclusivement au « Gritti »; M. Szczypiorski ne nous dit-il pas, dans l'observation II, qu'il a scié le fémur « assez loin des condyles » : ce n'est plus là le Gritti, dans son indication première d'amputation économique de la cuisse, permettant d'en conserver « le plus long » possible et d'éviter l'exérèse au lieu d'élection; en conservant la rotule avivée, ce que l'on recherche avant tout, c'est de pourvoir d'une épaisse doublure osseuse l'extrémité sectionnée du fémur, et de préparer ainsi le moignon à *l'appui direct*. Tel est le but commun de toutes les amputations ostéoplastiques du membre inférieur, qui ont fourni matière à de nombreuses recherches, depuis quelques années, en particulier pour la jambe.

Vous vous rappelez que MM. Pierre Delbet, P. Duval et Quénu nous ont présenté ici des amputés de jambe par le procédé ostéoplastique, et qu'une discussion a été ébauchée, à ce sujet en 1903 (1). Je n'ai, pour ma part, qu'une expérience fort courte, puisqu'elle se limite à un seul cas : chez un homme de trente-deux ans, j'ai pratiqué une amputation de ce genre, le 19 octobre 1903, pour une fracture compliquée sus-malléolaire, non consolidée, ancienne, avec perte de substance considérable du tibia; j'ai suivi exactement la technique de M. Delbet, telle qu'elle est décrite et figurée dans la thèse de son élève, le Dr Cochemé, et je dois dire, ce que, d'ailleurs, M. Delbet ne nous avait pas caché, que l'opération est d'une très réelle difficulté. J'ajoute que mon lambeau osseux, prélevé aux dépens de la face interne du tibia, s'est trouvé un peu court, et qu'il ne recouvrait que très incomplètement la section péronière : mon malade a bien guéri, il marche sans difficulté ni douleur, mais je me suis demandé, et je me demande toujours, si le résultat obtenu valait toute la peine qu'il impose.

Cette marche sur le bout du moignon est-elle, en effet, bien désirable et bien utile fonctionnellement, et j'entends l'appui direct et total sur l'extrême bout, comme le talon appuie sur le sol? Même lorsqu'un amputé marche sur son moignon, autrement dit lorsque l'appareil prothétique ne prend appui que sur le moignon, et nullement sous l'ischion, est-ce bien l'extrémité terminale de ce moignon qui « peine » et qui travaille? tous les fûts d'appareils ont, en somme, la forme d'un cône creux, dans lequel pénètre le cône plein du moignon : n'est-il pas vraisem-

(1) Quénu. Amputation de jambes ostéoplastique à lambeau postérieur (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 21 janvier 1903, p. 88 (Disc.).

blable que la pression se répartit sur tout le pourtour du cône, au moins vers son extrémité, et que le sommet n'est pas seul à la supporter? Quoi qu'il en soit, un appui complémentaire, sur les condyles du tibia, dans les amputations basses de la jambe, sous l'ischion, dans l'amputation de cuisse, est-il toujours un obstacle, avec un appareil bien fait, à une marche régulière et facile? Enfin l'adjonction de cette plaque osseuse à l'extrémité des os sectionnés est-elle une condition, je ne dis pas nécessaire, mais toujours favorable, de la résistance de ce moignon et de son aptitude à servir de point d'appui? Que devient-elle plus tard; ne peut-elle s'hypertrophier irrégulièrement et présenter des ostéophytes, des ostéomes, comme dans l'un des cas de M. Szczypiorski, qui irritent ou même ulcèrent les téguments sous-jacents?

Je pose ces questions, surtout au sujet de l'amputation ostéoplastique de la jambe; je n'ai nullement renoncé à pratiquer de nouveau cette amputation; elle m'a donné quelque peine, mais en somme, mon opéré s'en est bien trouvé, et je pense que la technique pourra se simplifier. Mais cette difficulté même de l'exécution est peut-être disproportionnée avec les bénéfices obtenus.

Pour le « Gritti » l'objection n'a plus la même valeur; la pratique en est, en somme, assez simple; le cerclage fémoro-rotulien, que recommande M. Szczypiorski, paraît assurer une coaptation régulière, et, sans cesser de croire qu'une bonne désarticulation du genou ou même une bonne amputation basse de la cuisse ne soient infiniment préférables à un mauvais « Gritti », on ne saurait guère contester que l'amputation fémoro-rotulienne, dans les condyles, lorsqu'elle reste dans les limites de ses indications propres, lorsqu'elle permet d'utiliser des parties molles très écourtées et très irrégulières, de garder un fémur aussi long que possible, et d'adapter à ce fémur une « semelle » rotulienne épaisse et solide, ne puisse rendre de bons services, comme le témoignent d'ailleurs les observations de M. Szczypiorski.

Je serai beaucoup plus bref sur le second travail de notre confrère. Il s'agit d'une amputation du rectum pour cancer, suivie de continence complète de l'anus, nous dit l'auteur. Une femme de quarante-neuf ans se présente avec un néoplasme rectal, siégeant bien au-dessus du sphincter, mais qu'on dépasse facilement avec le doigt : il occupe surtout la paroi antérieure.

M. Szczypiorski pratique, le 29 juin 1903, après la préparation convenable, l'ablation du rectum par voie périnéale; la longueur de la partie enlevée mesure environ 7 centimètres : « le bout supérieur du rectum est abaissé et fixé à la peau, sauf en avant, du côté de la cloison vaginale, et, en arrière, du côté du coccyx », où

est laissé un tamponnement à la gaze stérilisée. La guérison a lieu sans incident. La malade est revue quatre mois après : « l'anus est continent d'une façon absolue; il y a deux selles par jour, courtes et absolument indolentes; la malade a pris de l'embonpoint et a un excellent appétit ». Et notre confrère se demande quelle explication donner de cette continence, « l'appareil sphinctérien ayant été enlevé en entier ». Je ne donnerai pas cette explication; si je devais en fournir une, je la chercherais précisément dans l'ablation incomplète de l'appareil sphinctérien. De fait, nous voyons bien quelquefois, après les amputations périnéales du rectum, une ébauche de continence, au moins partielle, et, à la longue, je ne sais quelle accoutumance, quel *modus vivendi* rectal, qui donne aux évacuations une apparence de régularité; mais la continence complète ne saurait aller sans un mécanisme sphinctérien; peut-être pourrait-on supposer, dans le cas signalé, que la tunique musculaire — circulaire — du rectum, anormalement développée, s'était prêtée à la restauration d'une sorte d'anneau contractile; mais je n'insiste pas sur cette hypothèse.

Enfin le dernier travail de M. Szczypiorski soulève une des questions les plus complexes et les plus graves de la pratique d'urgence : il s'agit d'une déchirure de l'urèthre profond, compliquant une fracture du bassin. Un mineur de vingt-cinq ans est renversé par un bloc de minerai de fer, pesant 2.000 kilogrammes environ, qui roule sur lui. Six heures après, on constate ce qui suit : douleurs très vives à l'hypogastre; quelques gouttes de sang au méat; absence de miction depuis l'accident, malgré des envies pressantes d'uriner; fracture du pubis gauche, à trois travers de doigt de la symphyse. Une sonde introduite dans l'urètre est arrêtée par un obstacle, au niveau duquel elle paraît être déviée et rejetée dans une cavité latérale, d'où elle ramène une petite quantité de sang pur. On porte le diagnostic de « déchirure de l'urèthre postérieur par les fragments du pubis gauche ». « L'uréthrotomie externe s'imposait à ce moment précis », ajoute M. Szczypiorski; mais le blessé se refuse obstinément à toute intervention.

Neuf heures plus tard, la situation s'est aggravée : les douleurs sont devenues intolérables, ainsi que les envies d'uriner. Le ventre est très ballonné, tendu, « tout l'hypogastre et la région iliaque, gauches empâtés et mats ». Il n'y a rien aux bourses ni au périnée. Le blessé consent enfin à se laisser opérer, et M. Szczypiorski, modifiant avec raison son plan primitif, pratique une incision sus-pubienne. La vessie est intacte, mais « tout l'espace péri-vésical est infiltré d'urine qui venait d'une déchirure de l'urèthre siégeant à gauche et empiétant sur le col ». Le pubis

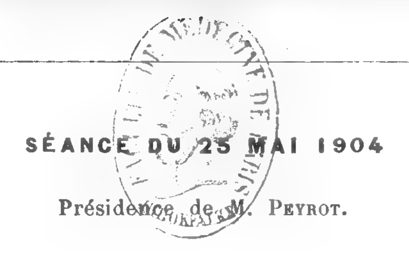
gauche est fracturé en plusieurs fragments. Après un nouvel essai infructueux, de cathétérisme, notre confrère recourt alors à la cystotomie et cherche à pratiquer le cathétérisme rétrograde, avec une sonde molle. Mais la sonde refuse absolument de pénétrer dans le col vésical; une boutonnière est alors pratiquée à l'urèthre périnéal; une pince courbe, introduite d'arrière en avant par le col, émerge de cette boutonnière, saisit le bout d'une sonde glissé par le méat jusqu'à ce niveau, et la ramène dans la vessie : le cathétérisme est ainsi réalisé et la sonde à demeure installée, grâce à cet artifice, un peu particulier, d'une boutonnière périnéale complémentaire. Drainage de la cavité pelvienne, etc. L'opéré a guéri, et, six mois après l'accident, il marchait facilement et urinait bien.

Je me contenterai de deux simples remarques; on sait, du reste, quelle est la gravité ordinaire de ces traumatismes pelviens compliqués de déchirures uréthro-vésicales. Notre confrère a pensé d'abord à faire l'uréthrotomie externe, mais il s'agissait d'une lésion profonde intra-pelvienne de l'urèthre, on ne trouvait rien au périnée; ce n'était pas la branche descendante, mais le pubis lui-même et sa branche horizontale qui étaient fracturés; dans ces conditions, je ne vois pas trop ce que l'on eût obtenu par l'uréthrotomie externe, nécessairement placée en avant de la rupture. Il semble qu'en pareil cas ce soit à la voie sus-pubienne comme l'a fait, en fin de compte, notre confrère qu'il faille s'adresser d'emblée, d'autant plus que le diagnostic n'est pas toujours nettement posé entre la rupture uréthrale profonde et la rupture vésicale. Quant aux difficultés du cathétérisme rétrograde, elles sont bien connues; toutefois on eût peut-être réussi à faire passer une bougie de gomme élastique, qui eût ensuite servi de conducteur à la sonde de Nélaton, et cela, dans l'affirmative, eût évité cette boutonnière périnéale, artifice ingénieux, sans doute, dans le cas actuel, mais qui, en somme, complique l'acte opératoire et ne doit passer que pour une manœuvre tout exceptionnelle.

Le Secrétaire annuel,

DELORME.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 25 MAI 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. Pfihl, médecin de la marine, intitulé : *Coup de feu dans l'oreille droite. Balle de revolver arrêtée dans la partie osseuse du conduit auditif. Extraction après décollement du pavillon. Guérison.*

— Le travail de M. Pfihl est renvoyé à une Commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

3°. — Un travail de M. A. Cange, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, intitulé : *Polype fibreux de la fosse ptérygo-maxillaire. Exorbitisme. Ligature préventive de la carotide externe. Extirpation en deux temps. Guérison.*

— Le travail de M. Cange est envoyé à une Commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. Toussaint intitulé : *Exostoses mobiles et bursite traumatique de la patte d'oie.*

— Le travail de M. Toussaint, est renvoyé à une Commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

Lecture.

Note sur la toxicité du naphtol camphré (1),

par M. J. REBOUL (de Nîmes), membre correspondant.

Dans la séance de la Société de Chirurgie du 11 mai 1904, M. Guinard a communiqué un cas d'intoxication mortelle par le naphtol camphré et a réuni dans sa communication vingt observations d'intoxications par le naphtol camphré, dont six cas de mort. M. Guinard, se basant sur ces faits, engage les chirurgiens à abandonner complètement l'emploi du naphtol camphré.

Depuis l'année 1888, époque à laquelle j'avais l'honneur d'être interne dans le service de mon maître, M. Perier, à l'hôpital Lariboisière, j'ai employé le naphtol camphré dans tous les cas où il me paraissait indiqué.

Depuis 1894, j'en ai fait un usage très fréquent dans mon service à l'hôpital de Nîmes; jamais, soit à l'hôpital, soit dans ma clientèle privée, je n'ai observé le moindre signe alarmant d'intoxication.

A la suite des cas d'intoxication par le naphtol camphré de M. Calot et de M. Ménard rapportés par M. Nélaton et M. Kirmisson à la Société de Chirurgie en 1893, j'ai diminué, par prudence, les doses de naphtol camphré que j'employais et j'ai toujours eu soin de tâter la susceptibilité des malades à l'égard de ce topique, ce que je fais d'ailleurs pour tous les médicaments dont je me sers.

Dans le traitement des adénites chroniques, je n'injectais que quelques gouttes de naphtol camphré, et cela suffit. Dans les lésions articulaires ou osseuses et, d'autres affections semblables après avoir touché les surfaces avec un tampon largement imbibé de naphtol camphré, je les lavais avec de l'eau stérilisée chaude.

Depuis quelques années, je mélange le naphtol à l'eau oxygénée dans les proportions d'un quart ou un tiers de naphtol camphré pour trois quarts ou deux tiers d'eau oxygénée. Par ce moyen, tout en n'employant qu'une petite dose de naphtol camphré, grâce à la mousse de l'eau oxygénée, je répands le naphtol camphré sur toutes les surfaces et dans les anfractuosités des plaies et des cavités osseuses ou articulaires.

Je me suis encore servi de ce mélange pour la désinfection des abcès appendiculaires, des abcès pelviens, des kystes hydatiques

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

suppurés, des pleurésies purulentes, et en pansements dans les écrasements des membres, les fractures compliquées, les cas de septicémies gangreneuses que j'avais largement incisées, etc., et je n'ai jamais eu à regretter l'emploi du mélange naphtol camphré et eau oxygénée, tout au contraire. J'ai obtenu dans presque tous ces cas une désinfection rapide, sans trace d'intoxication.

Le seul signe d'intoxication par le naphtol camphré qu'il m'a été donné d'observer est la sensation de goût métallique éprouvée par le malade quelques instants ou quelques jours après l'injection ou le pansement; certains opérés ont eu aussi, très passagèrement d'ailleurs, une haleine répandant une odeur de camphre.

Je comprends très bien l'émotion qu'a dû éprouver mon ami M. Guinard en présence du cas d'intoxication mortelle par le naphtol camphré qu'il a eu à déplorer et la crainte qu'il a d'employer cet antiseptique.

Cependant, malgré le fait qu'il rapporte et les vingt cas réunis par lui dans sa communication, je dois dire qu'en employant le naphtol camphré à faibles doses (quelques gouttes ou 4 à 5 centimètres cubes suivant l'état général du malade et son affection), comme je le fais depuis 1903, et surtout en le mélangeant à l'eau oxygénée dans les proportions que j'ai indiquées, je n'ai jamais observé depuis 1888 un seul cas d'intoxication alarmante ou mortelle par le naphtol camphré, quoique, je le répète, je l'ai employé ou fait employer par mes internes, dans tous les cas où il me paraissait indiqué; je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus.

Le cas si regrettable de M. Guinard doit augmenter notre prudence dans l'emploi du naphtol camphré, mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire de se priver des services que nous rend cet antiseptique. N'y a-t-il pas eu des cas d'intoxication mortelle avec presque tous les médicaments employés en chirurgie, le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme par exemple, même l'acide borique; on ne les a cependant pas rejetés complètement de la thérapeutique; mais on a appris à en user avec modération et prudence. Je crois que l'on peut continuer à se servir du naphtol camphré dans les mêmes conditions.

A propos de la correspondance.

M. Guinard. — J'ai reçu du Dr Millon deux observations dans lesquelles la mort a suivi une injection de naphtol camphré. C'est là un post-scriptum à la discussion de la dernière séance. Voici le résumé de ces deux faits observés par le Dr Millon.

1° Un malade conservait une fistule peu profonde : il avait quitté le service de Gérard Marchant, et revenait s'y faire panser. A chaque pansement, on faisait une injection de naphtol camphré dans sa fistule. Immédiatement après une injection, alors que le liquide coulait encore, le malade fut pris de convulsions épileptiformes à crises subintrantes : visage cyanosé ; pouls extrêmement rapide, dyspnée intense. La malade mourut en dix minutes, rendant par la bouche et les narines un liquide spumeux, blanchâtre, très abondant. — Pas d'autopsie. — La fistule ne pouvait pas recevoir plus de 3 centimètres cubes de liquide.

2° Le second fait a été observé par un confrère de province, chirurgien très estimé. Il s'agissait d'un ganglion tuberculeux du cou : le chirurgien fit une injection de 10 centimètres cubes de naphtol camphré, avec une seringue en verre. Immédiatement, convulsions épileptiformes et mort en un quart d'heure. L'autopsie montra un œdème pulmonaire intense, avec présence dans les vaisseaux pulmonaires, de naphtol camphré. Une petite veine béante au niveau du point où l'injection avait été faite se voyait très nettement.

Voici donc deux cas de mort à ajouter à mes six observations, ce qui porte à huit les observations d'intoxication mortelle publiées sur ce sujet. Combien d'autres n'ont pas été publiées !

Aussi malgré les intéressantes réflexions de mon ami M. Reboul, je crois que tout chirurgien prudent doit abandonner désormais l'usage du naphtol camphré.

A l'occasion du procès-verbal.

Hypospadias.

M. Routier. — Je puis vous citer un cas tout récent qui vient s'ajouter aux succès déjà obtenus par la méthode de traitement que notre collègue Villemain vient d'exposer ici.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans opéré déjà d'une hernie inguinale double et qui porte un hypospadias balanique dont il demande à être débarrassé.

Le 9 février, je dissèque l'urètre et son corps spongieux sur une longueur de 3 ou 4 centimètres, puis je perfore le gland avec un bistouri étroit, et fais passer l'urètre dans ce nouveau pertuis.

Le méat urétral fut fait avec quatre pointes d'argent fin.

La verge fut restaurée au-dessous de l'urètre avec des points séparés à l'argent.

Comme le tout saignait un peu, je mis une sonde à demeure pour pouvoir faire un pansement compressif.

Ai-je trop comprimé, c'est possible, toujours est-il que j'ai eu un petit sphacèle de la peau de la verge suturée au-dessous du canal disséqué, et que celui-ci a subi aussi par sphacèle une perte de substance qui se répare aujourd'hui, mais laisse passer un crin.

Il urine par son nouveau méat à condition de mettre un doigt sur cette fistulette qui sans cela laisse passer quelques gouttes d'urine; il est certain que cette fistulette se fermera spontanément.

J'ai eu souvent à traiter des hypospadias; je dois dire que l'hypospadias balanique chez l'adulte était pour moi une opération dont le succès était des plus aléatoires : presque toujours, en effet, les adultes ont à la suite de ces opérations des érections tenaces qui déchirent les sutures, et je considérais la guérison comme très difficile à obtenir.

Il semble que par le procédé de glissement du canal on doive réussir, même chez l'adulte, dans des proportions beaucoup plus grandes.

Depuis le jour où cette communication aurait dû être faite, le malade est complètement guéri.

Amputations ostéoplastiques.

M. Tuffier. — La question des amputations ostéoplastiques relève de celle de la confection des moignons et du point utile de la pression qui leur est imposée, et cette question est également liée à l'étude des appareils prothétiques. Les régions de choix pour supporter ces pressions sont le talon, le genou et l'ischion. La méthode ostéoplastique a pour but de régulariser et d'élargir l'extrémité du moignon, et il est certain que cela ne peut avoir que des avantages, mais tout ce que j'ai vu des amputés et des appareils, dont les plus récents modèles nous ont été montrés à l'exposition internationale de 1900, me fait penser que les amputés de jambe (pour ne parler que de ceux-là) ne marchent que très exceptionnellement sur l'extrémité du moignon; la règle générale c'est qu'ils prennent point d'appui sur les parties latérales des condyles du tibia et le reste du moignon sert seulement à mouvoir le membre artificiel d'arrière en avant. La question importante dans cette prothèse c'est donc le moulage exact des parties latérales, des condyles du tibia. Pendant longtemps on se contentait de

mouler le moignon tout entier comme si tous les points de sa périphérie devaient également porter sur l'appareil ; or, il n'en est rien et le moulage doit épouser exactement les lignes du futur support. Les malades que je vous ai présentés ici et qui marchaient si bien portaient une prothèse de M. le D[r] Ducroquet, et je suis convaincu que la perfection de leur marche tenait surtout à ce que l'appareil avait été construit sur ce principe.

M. Quénu. — Je veux bien admettre avec MM. Lejars et Tuffier que l'importance première revient à la prothèse ; j'ai connu un un amputé de jambe dont le moignon, qui avait suppuré, était conique et couvert de névromes. Or, cet amputé dont l'appareil était parfait, avait son moignon libre, sans contact dans son appareil, et il pouvait marcher et faire dix heures de cheval par jour.

Il n'en est pas moins vrai qu'il vaut mieux avoir un bon moignon et je pense que le procédé d'amputation par lambeau postérieur de Marcelin Duval a été un grand perfectionnement qu'est venu compléter le procédé ostéoplastique.

J'ai montré à la Société de Chirurgie un malade amputé par le procédé de Beer-Delbet avec une petite modification : section élevée du péroné, limitation de la plaquette osseuse à la surface tibiale. J'ai fait radiographier le moignon six mois après ; aucune modification importante ne s'était produite : ni atrophie ni ostéophytes ; ce malade marche à la fois sur ses condyles tibiaux et son moignon. Je pense que nous devons tendre à perfectionner nos moignons d'amputation de manière à leur permettre de supporter sans altération trophique ni souffrances toutes les pressions.

M. Félizet. — M. Tuffier vient de nous dire que la qualité principale d'un bon moignon, celle qui permet la pression stable sur le bout de l'os divisé et, par conséquent, une locomotion assurée et puissante, dépend de la conservation d'une quantité convenable de peau.

Notre collègue n'a pas été assez loin et je crois qu'il faut dire que ce n'est pas seulement le tégument externe, mais que ce sont aussi les parties molles qui doivent, — tissu, cellulaire, aponévrose, muscles, tendons et manchette périostale, — qui doivent garnir l'extrémité du membre amputé et constituer un coussin épais, solide et invulnérable interposé entre le bout de l'os et l'appareil orthopédique.

Il ne s'agit pas en effet, ici, comme pour le membre supérieur, de *recouvrir* l'extrémité de l'os, il faut surtout le protéger, le *matelasser*, le préparer, afin que l'extrémité du moignon transmettant la forme, se continue sans défaillance et sans douleur

avec l'appareil et ne souffre pas plus que la plante du pied lorsqu'elle reçoit et transmet le poids du corps sur la semelle d'une chaussure bien établie.

Nous ne sommes plus, Dieu merci, à l'époque des moignons coniques. Les moignons coniques étaient, vous le savez, pour la chirurgie d'alors un accident plutôt qu'une faute.

La conicité des moignons dépendant de la mortification, de la suppuration, de la rétraction des parties molles infectées, qui ne se cicatrisent que lentement, et, pour ainsi dire de guerre lasse, il était certain que le bout de l'os, avec sa cicatrice mince, tendue et fragile, ne pouvait servir, même à la longue, à supporter le poids du corps pendant la marche.

L'objectif du chirurgien avisé était justement de prévenir cette saillie, qui souvent se produisait même avec les lambeaux les plus copieusement taillés.

C'est pour cette raison que les procédés *circulaires* et les procédés *ovalaires*, ces derniers par la rétraction des muscles pouvant donner les résultats circulaires, furent abandonnés par beaucoup de chirurgiens.

J'ai vu, dans les amputations de la cuisse, M. Duplay adopter systématiquement la méthode des deux lambeaux, antérieur et postérieur, et obtenir des moignons parfaits, à une époque où presque toutes les amputations guérissaient en suppurant plus ou moins.

Ce que nous devons à Pasteur et à Lister, ce n'est pas seulement d'avoir échappé à l'effroyable gravité des amputations, nous leur devons aussi de pouvoir créer des moignons bien adaptés à la marche et à la station, moignons constituant une extrémité élastique et résistante, de pouvoir, après avoir fait de l'humanité, faire de l'art utile, de pouvoir, en un mot, faire ce que nous voulons.

Ce que nous voulons, c'est que, pour supporter le poids du corps, le bout de l'os soit bien garni, d'un garnissage solide, souple et puissant à la façon de l'épaisse plante du pied.

Ce garnissage, nous le préparons, nous le créons presque par les sutures profondes du périoste, des muscles, des tendons et des aponévroses, sutures qui confectionnent une sorte de calotte organisée adhérente ou non à l'os, coiffant l'extrémité sciée et la protégeant dans la perfection, sans qu'il soit utile de faire entrer dans la constitution de cette calotte la rotule ou un lambeau ostéoplastique.

A ce titre, la classique amputation tibio-tarsienne, avec suture des tendons antérieurs et postérieurs, est une opération merveilleuse dans ses résultats fonctionnels.

Toute la question est donc d'avoir une extrémité osseuse arrondie, coiffée d'une calotte de parties molles, résistante dans la protection et une cicatrice linéaire établie par première intention sur une peau souple, abondante et épaisse, cicatrice dessinée, autant que possible, en dehors de l'axe de la diaphyse amputée.

Le choix du procédé opératoire, au point de vue seul du lieu de la suture, n'est pas une question d'arbitraire, de caprice ou de virtuosité. Ce choix vise avant tout la protection du bout de l'os et la mise à l'abri de la cicatrice. Or, la protection du moignon peut être obtenue aisément, sans recourir à la manœuvre de la suture osseuse que Gritti fait jouer à la rotule. Eh bien, malgré toutes les précautions et tous les calculs de l'art, malgré la confection d'un irréprochable moignon, on aurait tort de compter *exclusivement* sur la seule résistance de l'extrémité amputée et de lui faire supporter, sans partage, la pression du poids du corps en marche.

De là une prudence et, pour ceux d'entre nous qui ont vu beaucoup d'amputés, une règle de répartir la pression, dans des proportions qui varient suivant les circonstances, entre le bout du moignon et les diverses surfaces ou saillies du segment supérieur du membre, ainsi que l'a expliqué avec raison M. Lejars.

Ainsi l'appareil de l'amputé de cuisse prend un sérieux point d'appui sur l'ischion.

L'appareil pour l'amputation de la jambe partagera la pression entre le plan terminal du moignon, le haut de la jambe et les condyles du fémur.

L'appareil de l'amputation tibio-tarsienne fera participer les condyles du tibia et du fémur, la jambe étant logée dans un cornet conique et soulageant d'autant le bout du moignon dans sa pression sur l'appareil.

Ajoutons qu'avec le temps et l'habitude acquise la participation des points d'appui supérieurs devient de moins en moins considérable, à mesure que le moignon devient capable de subvenir de mieux en mieux à la sustantation principale du corps pendant la station et la marche.

En effet, la *question de Temps* c'est-à-dire la question de perfectionnement de l'organe par l'exercice continué de la fonction et l'adresse acquise par l'opéré à se servir de son membre artificiel, ces deux facteurs ont une importance sur laquelle il est inutile d'insister.

A ce titre les cinq faits relatés par le Dr Szczypiorski, dont le plus ancien remonte à vingt et un mois et le plus récent à douze mois, ces cinq faits, quelque intéressants qu'ils soient, vous sembleront peut-être incomplètement pourvus de la garantie que donne la sanction du temps.

Communication.

Infection hépatique grave traitée par le drainage des voies biliaires. — Guérison,

par M. A. MIGNON.

Mon collègue M. Vincent reçut le 22 août 1903, dans son service, un jeune militaire, le nommé C..., âgé de vingt-deux ans, de très belle constitution apparente et qui présentait depuis la veille au soir les symptômes d'une infection générale assez grave : abattement, fièvre de 38 à 39 degrés, vomissements répétés, albuminurie légère, avec présence de *pigments biliaires* dans les urines.

Les symptômes restèrent les mêmes pendant trois jours, sans que le diagnostic pût se préciser.

A la fin du quatrième jour, les conjonctives et les téguments deviennent ictériques; et on se trouve dès le lendemain en face du cortège symptômatique d'un ictère à forme grave : teinte jaune de tout le corps, température élevée, dyspnée, pouls petit et dépressible à 108; urines acajou; fèces décolorées, et de plus une épistaxis assez abondante pour nécessiter le tamponnement des fosses nasales.

La situation s'aggrave progressivement dans la suite : le malade prend l'aspect typhoïdique; son intelligence s'affaiblit et le sommeil disparaît. Nausées, vertiges, épistaxis intermittentes. Coloration ictérique de plus en plus marquée. Décoloration complète des matières fécales. Le foie, examiné tous les jours, s'est hypertrophié au point de déborder les fausses côtes de trois travers de doigt. La rate est également, mais très légèrement, augmentée de volume. Les urines sont très foncées et abondantes. Le malade émet de 2 litres et demi à 3 litres en vingt-quatre heures.

L'examen chimique et histologique en donne la composition suivante :

Réaction	Acide.
Densité	1.015
Urée	15 grammes.
Acide urique	0,679
Acide phosphorique	0,92
Chlorure de sodium	1,8
Albumine	0,5

Pigments biliaires; leucocytes très nombreux à différents degrés d'altération; cylindres muqueux et granulo-graisseux.

M. Vincent me prie de voir son malade le 2 septembre : les téguments sont verdâtres et couverts d'une éruption papuleuse. Les urines sont presques noires (2 lit. 200). Prostration. Amaigrissement. Hyperthermie (38°5 à 39 degrés). Ventre ballonné avec un foie qui remonte au mamelon et descend à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Son bord inférieur perceptible à la palpation paraît d'une dureté ligneuse.

Le surlendemain, — quinzième jour de la maladie — je suis à nouveau appelé auprès de C..., dont l'affaiblissement progressif laisse peu d'espoir à M. Vincent. C..., est en effet presque un moribond : il ne parle plus et est dans une adynamie complète. Pouls à 120 et température à 39°8. Il n'y a qu'un signe favorable : c'est l'abondance de la diurèse, qui reste encore de 2 litres par vingt-quatre heures.

M. Vincent ne voyant plus de chance de salut pour le malade que dans une intervention chirurgicale, je me décide à la tenter, avec le projet de cathétériser et de drainer les voies biliaires pour favoriser le dégorgement du foie.

L'abdomen est ouvert sur le bord externe du muscle grand droit. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Sa couleur est vert mat, avec des taches vineuses. La vésicule biliaire, d'une coloration jaune qui tranche sur la teinte verte du foie est vide, petite et cachée sous la face inférieure de la glande. Il ne faut pas songer à l'amener au contact de la paroi abdominale. Je l'isole de la cavité péritonéale par une clôture de compresses aseptiques et l'ouvre juste suffisamment pour introduire dans sa cavité une sonde urétrale en gomme n° 12. Le cathétérisme des voies biliaires s'est fait sans difficulté, jusqu'à une profondeur de 10 centimètres. Pas une goutte de bile n'est sortie et la sonde n'a ramené que des bouchons de mucus. Je remplaçai le cathéter par un drain de même calibre, enfoncé à 5 centimètres dans la vésicule, et je terminai l'opération en fronçant par un point de suture les parois de la vésicule autour du drain pour l'empêcher de sortir et pour empêcher, si faire se pouvait, la bile de filtrer le long de ses parois.

L'excrétion biliaire ne tarda pas à se produire et, dès cinq heures du soir, les couches extérieures du pansement se colorèrent en jaune, pendant que les compresses immédiatement en rapport avec la plaie présentaient une teinte verte à la limite de leur zone d'imprégnation jaune.

A l'écoulement de la bile succéda une amélioration immédiate du malade, qui parla et demanda à manger trente-six heures après l'opération. En même temps, la température tombait à 38 degrés. On peut dire que l'euphorie a été presque instantanée.

Si nous suivons maintenant jour par jour l'état du malade, nous le voyons se relever progressivement.

Aù troisième jour de l'opération, la torpeur cérébrale a presque disparu. C... s'informe de ce que nous lui avons fait et semble sortir d'un rêve. La teinte jaune des téguments diminue au niveau des oreilles et des mains. La bile sort en telle abondance et souille si vite le pansement que je remplace le court drain vésiculaire par un long tube de 60 centimètres qui permet de recueillir directement la bile dans un réservoir placé près du malade.

Le quatrième jour, le foie commence à diminuer de volume. Il a perdu un travers de doigt de hauteur. Sa teinte est moins verte. On voit sortir goutte à goutte la bile du tube à drainage. Pour la première fois les selles sont un peu colorées.

Le cinquième jour, épistaxis abondante qui nécessite un nouveau tamponnement. Les mèches de gaze intra-abdominales qui circonscrivent la vésicule sont retirées sans difficulté et sans hémorragie.

La brèche est limitée à sa partie inférieure par une bande épiploïque. La vésicule biliaire est à trois doigts de profondeur. La bile continue de couler goutte à goutte.

Le neuvième jour, la bile perd sa teinte jaune et devient verte. Elle laisse sur les pièces de pansement une coloration épinards. L'état général s'améliore de plus en plus. La fièvre n'est plus qu'à 37°5 et 38 degrés.

Le douzième jour, le malade est pris d'une double congestion pulmonaire avec hypothermie, dyspnée intense et œdème de la face. Mais l'ictus n'est que passager et bientôt tout rentre dans l'ordre.

Le dix-septième jour, le malade, devenu de plus en plus calme, consent à ne pas trop se déplacer dans son lit pour permettre de recueillir la plus grande partie de la bile sécrétée : nous en recueillons de 130 à 150 grammes par jour. Elle a maintenant une coloration verte normale.

Le vingt-cinquième jour, l'élévation de température cesse complètement. La jaunisse a beaucoup diminué. Les selles sont colorées, les urines moins foncées. Je retire le drain de la vésicule biliaire, d'autant que la plaie se rétrécit rapidement.

Dans les jours suivants, la secrétion biliaire a souillé le pansement, la chemise et l'alèze. Elle a duré, en baissant progressivement jusqu'au 7 octobre, c'est-à-dire le trente-quatrième jour après l'opération. En même temps tous les phénomènes s'amendaient et la teinte ictérique des téguments faisait place à une teinte bronzée.

Le malade a quitté l'hôpital le 26 octobre, soit cinquante-trois jours après l'intervention. Son état était le suivant : teinte bronzée des téguments rappelant plutôt une maladie d'Addison qu'un ictère. Teinte subictérique des conjonctives. Alopécie généralisée. Cheveux secs et lanugineux s'arrachant facilement. Langue humide, non suburrale. Bon appétit; selles régulières, moulées et colorées. — Foie mesurant 11 centimètres sur la ligne mamelonnaire et 12 centimètres sur la ligne axillaire. — Rate donnant à la percussion 9 sur 10 centimètres. — Rien aux poumons; rien au cœur. — Urines claires. — Amaigrissement encore sensible.

J'ai voulu revoir le malade avant de vous présenter son observation, et je l'ai fait venir à l'hôpital ces jours derniers. Il est dans un état de santé apparent superbe. Il est fort, musclé, robuste et a repris depuis un mois et demi son rude métier de terrassier. Il ne se plaint que d'un peu de gêne au niveau de la cicatrice qui est évidemment distensible. Le foie est rentré dans sa loge et on ne trouve aucune lésion viscérale.

Cette observation ne vous paraîtrait certainement pas complète, si je ne vous parlais des urines et de la bile.

Les urines ont été recueillies journellement : l'émission était de deux litres à deux litres et demi et même quelquefois trois litres. L'examen chimique en a été fait plusieurs fois et l'on a toujours constaté une petite quantité d'albumine. L'urée a varié de 13 à 19 grammes par litre et l'acide urique a été de 0 gr. 50 à 0 gr. 80, Les pigments biliaires y étaient très abondants.

La bile, qui a été également examinée plusieurs fois par M. Vincent, s'est toujours montrée aseptique. Ensemencée à l'air et dans le vide, elle n'a pas donné de culture. L'examen microscopique fait avec le plus grand soin n'a montré qu'une desquamation intense de l'épithélium, parfois même sous forme de lambeaux.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, de vous résumer mon impression d'ensemble sur ce fait clinique.

J'ai intitulé l'observation : « Infection hépatique grave ». Cette dénomination est justifiée par l'hyperthermie, la stupeur, l'albuminurie, l'hypertrophie de la rate concomitantes de l'ictère et par la marche tres aiguë de l'affection.

Mais je n'ai pas voulu préjuger du siège de l'infection et la localiser dans la cellule hépatique ou les voies biliaires.

La phase préictérique de la maladie, l'intensité de l'ictère, la gravité des phénomènes infectieux pouvaient faire croire à une lésion de la cellule hépatique et à une forme d'ictère grave. L'hypothèse était encore justifiée par l'asepsie de la bile, étant donné qu'on ne sait pas si l'ictère grave est de nature microbienne ou

toxique. Mais la signature anatomo-pathologique de l'ictère grave a fait défaut chez notre malade : le foie n'était ni jaune ni atrophié.

L'augmentation de volume du foie et sa coloration vert foncé indiquant que le foie était lui-même ictérique sont au contraire mieux expliquées par la continuation de la fonction de la cellule hépatique et la rétention de la sécrétion biliaire. Nous avons dû avoir affaire à une angiocholite à marche suraiguë. Cette angiocholite a rapidement dépassé les gros canaux, puisque la vésicule était vide au moment de son ouverture. Elle s'est étendue aux fines ramifications biliaires, donnant ainsi lieu à une angiocholite canaliculaire analogue, ce me semble, à la bronchite capillaire des voies respiratoires.

Mais alors, pourquoi pas de microbes dans la bile, quand l'écoulement biliaire a repris son cours et chassé les cellules desquamées des canaux? Pourquoi la chute abondante des cellules sans germe pathogène? On peut expliquer le fait, suivant l'opinion de M. Vincent, soit parce que le microbe était lui-même mort comme il arrive pour d'autres affections, soit parce que le microorganisme spécial n'a pu être isolé par les moyens actuellement en usage.

Le jour où j'ai opéré le malade, le pronostic me semblait à peu près fatal. Je n'avais d'espoir que dans le bon état de la fonction urinaire. L'albumine n'existait qu'en petite quantité et il n'y avait pas d'insuffisance rénale. Le malade, qui avait continué de boire beaucoup de lait, urinait en proportion de l'absorption du lait : il n'avait jamais émis moins de deux litres d'urine par jour.

On me dira peut-être que des malades aussi gravement atteints que celui dont je viens de rapporter l'observation peuvent guérir après une opération moins grave que le drainage des voies biliaires et même sans intervention chirurgicale, et on trouverait facilement des observations superposables à la précédente où la crise favorable s'est produite spontanément du quinzième au vingtième jour.

L'appréciation de la valeur réelle d'une opération sur la terminaison heureuse d'une infection hépatique est sans doute très délicate. Cependant l'opinion de mes collègues qui ont suivi le malade avant et en même temps que moi, reste formelle sur les dangers immédiats auxquels le malade était exposé avant l'opération ; et personnellement, je ne doute pas que l'amélioration très rapide qui a suivi l'intervention ne doive être attribuée à l'acte chirurgical. L'introduction de la sonde dans le cholédoque et le maintien permanent d'un tube à drainage dans la vésicule a déterminé probablement la contraction de tout l'appareil excré-

toire de la bile et l'expulsion des mucosités dont la rétention créait une menace de mort pour le malade.

M. Lejars. — Je désirerais demander à M. Mignon, dont l'observation me paraît fort importante, s'il est bien certain que sa sonde exploratrice ait pénétré jusque dans le canal cholédoque. Si je pose cette question, c'est que, à part les cas de dilatation très notable du canal cystique, un cathétérisme de ce genre me paraît très difficile. Je serais, de plus, heureux de savoir si l'on a pu explorer le canal cholédoque, et encore si le malade de M. Mignon avait des antécédents palustres.

J'ai tenu à faire ces quelques questions, parce que, je le répète, le fait de M. Mignon est d'un intérêt indéniable. Nous connaissons, du reste, depuis longtemps déjà, les services que peut nous rendre le drainage biliaire, dans les angiocholites infectieuses; je vous ai présenté, il y a plusieurs années, un cas de ce genre (1), où le résultat de la cholécystostomie, pratiquée, en quelque sorte, d'urgence, fut aussi des plus complets, et j'ajoute, des plus inattendus. Il s'agissait d'un jeune homme qui me fut montré dans un service de médecine, avec un ictère fébrile, un mauvais pouls, un état infectieux des plus accusés; j'intervins, je trouvai une vésicule distendue par une bile claire, des voies biliaires qui ne présentaient rien d'anormal, et un gros foie noirâtre; je fis la cholécystostomie, la fièvre tomba presque aussitôt, et le malade guérit complètement. Je l'ai revu depuis, il est resté guéri, et la crise si grave pour laquelle nous l'avons opéré paraît avoir été unique, et, pour ainsi dire, accidentelle.

L'observation de M. Mignon — comme les autres exemples, déjà nombreux, qui ont été fournis — est de nature à détruire la vieille légende médicale de l'ictère grave, entendu dans un sens trop large, et dont la signification fatalement désespérée, s'applique trop souvent à des affections curables encore par les moyens chirurgicaux. La vacuité de la vésicule est toujours, en pareille occurrence, un signe de fort mauvais augure, et, malgré cela, chez le malade de notre collègue, une opération fort simple a été suivie du « retour » du flux biliaire et de la cessation des accidents, coïncidence que nous avons, du reste, assez souvent l'occasion d'observer.

M. Mignon. — Le cathétérisme des voies biliaires s'est fait très facilement; et, en disant que la sonde a pénétré dans une lon-

(1) Cholécystite et angiocholite infectieuses à colibacille. — Cholécystostomie. — Guérison. — *Soc. de Chir.* 17 mars 1897.

gueur de 10 centimètres, je suis plutôt en deçà qu'au-delà de la vérité. En réalité, elle a pénétré presque entièrement; et, comme elle était en gomme, on ne peut admettre qu'elle se soit repliée dans la vésicule. J'aurais d'ailleurs éprouvé à un moment donné une résistance que je n'ai pas constatée.

Quant à la possibilité d'antécédents paludéens chez le malade, elle ne peut être admise : le malade, interrogé avec soin à cet égard, a affirmé n'avoir jamais eu d'accès de fièvre.

M. Bazy. — Ce n'est pas sur la question du drainage dans les angiocholites infectieuses que je veux prendre la parole, mais sur la facilité que l'on peut avoir à faire le cathétérisme des voies biliaires.

C'est à propos d'une femme que j'ai opérée il y a quelque cinq ans; elle avait eu, à la suite d'accidents sur lesquels il serait trop long d'insister, un ictère chronique.

Je l'opérai avec le Dr Broussin (de Versailles). J'incisai la vésicule biliaire et fis sortir deux gros calculs qui étaient très profondément situés, certainement dans le canal hépatique.

Malgré cela, la bile ne coula pas et l'ictère persista, malgré une bouche à la vésicule biliaire.

Pensant qu'il s'agissait de boue biliaire et de mucus obstruant les canaux hépatiques, j'eus l'idée d'enfoncer une bougie urétrale, et je l'enfonçai au moins à 20 centimètres. Mon ami, le Dr Broussin, a répété cette manœuvre à plusieurs reprises, pendant plusieurs mois. Enfin, après plus d'un an, la bile reprit son cours et l'ictère cessa. La fistule biliaire se ferma, et aujourd'hui le malade se porte très bien, et n'a plus eu d'ictère ni d'accident.

M. Routier. — Permettez-moi de vous rappeler une observation déjà vieille, et que j'ai déjà citée :

Il s'agissait d'une surveillante à l'hôpital Laënnec, du service de M. le professeur Damaschino, qui présentait tous les signes d'une obstruction du cholédoque avec phénomènes infectieux.

M. Damaschino me demanda de faire la laparotomie, pour voir où siégeait l'obstacle, et l'enlever, si possible.

Je pratiquai cette laparotomie, et, malgré les recherches les plus minutieuses sur toute l'étendue des voies biliaires, je n'arrivai pas à trouver l'obstacle. Je malaxai la vésicule pour essayer de la vider, j'y arrivai mal, et je refermai le ventre, peu satisfait de mon intervention; cependant, la malade guérit parfaitement, la fièvre tomba, les matières se colorèrent, et tout rentra dans l'ordre.

Pour expliquer ce fait, je pense que j'ai dû, par mes pressions,

déboucher le canal cholédoque, obstrué par quelque bouchon muqueux ; c'est l'hypothèse la plus plausible.

Quant au cathétérisme des voies biliaires, je dois dire que je n'ai jamais pu le pratiquer.

M. Pierre Delbet. — Je suis très partisan du drainage des voies biliaires dans les angiocholites infectieuses, et même dans certaines formes de cirrhose biliaire. J'ai eu déjà l'occasion de le dire ici, à propos d'une communication de M. Pauchet, et, si je le rappelle, c'est pour qu'on ne voie pas dans l'observation que je vais rapporter une opposition au drainage.

Il s'agissait d'un jeune étudiant en médecine, qui était entré dans le service de notre collègue Chauffard, à Laënnec, alors que je remplaçais M. Nicaise. Il était dans un état d'infection grave, avec une température qui oscillait de 3 degrés, et s'élevait le soir au-dessus de 40. Son foie était si gros que M. Chauffard se demandait s'il ne renfermait pas un kyste hydatique suppuré. Admettant cette possibilité, je pratiquai la laparotomie. Dès que le foie fut découvert, Chauffard, dont vous connaissez la compétence sur ces questions, s'écria : « C'est de l'angiocholite capillaire. Le malheureux est perdu. Refermez le plus rapidement possible. » Je voulus cependant m'assurer qu'il n'y avait pas de collection suppurée, je fis plusieurs ponctions qui ne ramenèrent que du sang, et je suturai la paroi, convaincu que le malade allait succomber.

Dès le soir, la température tombait; elle ne s'est jamais relevée, et le malade a parfaitement guéri. Je l'ai suivi pendant plusieurs années, jusqu'à son doctorat, et sa santé est restée excellente.

J'ajoute un mot pour dire que, comme mon ami Routier, je n'ai jamais pu cathétériser les voies biliaires. Je n'ai jamais réussi à franchir le canal cystique.

M. Hartmann. — Dans les quelques communications qui viennent d'être faites, deux questions ont été abordées; celle du cathétérisme du canal cystique, celle du drainage des voies biliaires dans les angiocholites.

Sur le premier point je dois dire que mon opinion n'a pas varié depuis le temps où, prosecteur, j'ai eu l'occasion de publier, dans les bulletins de la Société anatomique, un petit travail sur l'anatomie normale et pathologique des voies biliaires. Le cathétérisme du canal cystique normal est impossible. J'ajouterai que, sur les vivants, je n'ai jamais pu faire de cathétérisme. Il est évident que dans certains cas pathologiques, le passage de l'ins-

trument devient possible. La seule conclusion à en tirer est que si le passage d'une bougie permet d'affirmer la perméabilité, l'insuccès du cathétérisme n'autorise pas à conclure l'existence d'une obstruction.

A propos du drainage des voies biliaires dans les angiocholites, je vous rapporterai en quelques mots l'observation d'un malade que j'ai récemment opéré. Il s'agissait non pas d'une ictère grave proprement dit, en ce qu'il n'y avait pas d'hémorragies comme chez la malade de M. Mignon. Il s'agissait d'un ictère avec symptômes graves, ictère persistant, avec fièvre, symptômes généraux graves au point que l'on dut recourir à des injections de sérum pour remonter un peu la malade et la mettre en état de subir une opération.

Le ventre, ouvert j'ai trouvé une vésicule vide, ce qui m'a, comme à notre collègue Lejars, produit une impression plutôt désagréable. J'aurais pu me limiter à la cholécystotomie comme M. Mignon et j'en aurais peut-être obtenu un bon résultat. Je n'ai pas cru me limiter à cette intervention, j'ai voulu faire une exploration complète des voies biliaires. Gâce au rouleau placé sur les lombes à l'incision anguleuse, j'ai pu faire très facilement et très complètement cette exploration, j'ai suivi le cholédoque jusqu'à son abouchement dans le duodénum et je n'ai rien senti. Encore mal satisfait de ce résultat négatif, j'ai ouvert le cholédoque, j'ai engagé une bougie dans le bout inférieur et suis allé jusque dans l'intestin ; ma bougie a ramené un petit magma (cholestérine? bouchon muco-purulent? Je ne sais, le petit magma n'ayant pas été examiné). J'ai alors engagé la bougie dans le bout supérieur du cholédoque, dans les canaux hépathiques ; il est alors venu un peu de bile, mais très peu.

Dans ces conditions j'ai terminé l'opération en engageant dans le bout supérieur du cholédoque un petit drain, et en plaçant dans la plaie deux autres drains, un dans la vésicule ouverte, un dans le décollement rétro-duodénal.

Dès le lendemain la bile coulait en abondance par le drain engagé dans le bout supérieur, hépatique et cholédoque, la température tombait, l'état général de la malade s'améliorait.

Les drains étaient successivement retirés et, au bout d'une douzaine de jours, nous pouvions voir les matières intestinales se recolorer. Actuellement la malade a repris l'appétit, est rentrée chez elle, va bien ; il ne persiste plus qu'un petit orifice fistuleux par lequel sort encore une petite quantité de bile.

M. Tuffier. — Les interventions sur les voies biliaires pour angiocholite et en particulier le drainage doivent être envisagées

dans deux circonstances : 1° Dans le cas de rétention biliaire *avec ictère*, plus ou moins prononcé, et accidents fébriles; 2° dans le cas d'angiocholite simple ou suppurée *sans ictère*, c'est-à-dire sans rétention biliaire apparente.

Le pronostic opératoire et la valeur thérapeutique de l'intervention me paraissent absolument différents, suivant qu'il s'agissait de l'un ou de l'autre de ces processus pathologiques. Dans les cas d'angiocholite *avec ictère*, dont les observations sont aujourd'hui très nombreuses et très démonstratives, le résultat de la cholécystostomie a été favorable à plus ou moins longue échéance. Je ne peux pas vous citer actuellement le relevé de toutes mes observations, mais voici un exemple récent.

Une jeune fille de dix-huit ans est envoyée du service de M. Debove dans ma salle Jarjavay, n° 37, avec le diagnostic d'angiocholite aiguë avec ictère par rétention. La malade était dans un état grave et tous les moyens médicaux ayant échoué on me demanda de drainer les voies biliaires; après trois jours d'observation la fièvre intermittente devenait plus élevée; je fais la cholécystostomie, la vésicule était distendue. La fièvre tombe dès le lendemain et trois semaines après ma malade était guérie.

Au contraire, chez deux malades atteints d'accidents fébriles et d'angiocholite sans ictère chez lesquels j'ai dû intervenir l'année dernière, je n'ai obtenu aucun résultat favorable. L'interprétation des observations publiées est très difficile car nous savons que ces infections des voies biliaires sont susceptibles d'une guérison spontanée. Il est vraiment téméraire de poser nettement la valeur de nos interventions dans ces cas.

M. Lucas-Championnière. — Je veux ajouter une observation analogue à celle rapportée par M. Routier. Je n'ai rien à dire contre le drainage des voies biliaires dans les cas d'angiocholite. Mais je pense que dans un certain nombre de cas mal déterminés des interventions infiniment moins complètes peuvent aussi se terminer par une bonne guérison, sans qu'on puisse toutefois donner de cette guérison une explication bien catégorique.

Il y a dix ans je vis une dame qui depuis plusieurs semaines avait passé entre les mains de pas mal de médecins et de chirurgiens.

Elle avait des vomissements, de l'ictère, une douleur très vive à la pression dans la région de la vésicule biliaire où il semblait que l'on pût sentir une tuméfaction notable.

Sa température dépassait chaque soir 39 degrés et elle avait eu des séries de frissons violents.

Elle avait des selles décolorées et elle était arrivée à un état

d'amaigrissement extrême, ne pouvant supporter la moindre nourriture.

Le diagnostic généralement fait sur elle était calculs biliaires avec angiocholite.

Je lui fis une laparotomie pour ouvrir la vésicule.

La vésicule était facilement accessible, contenait de la bile fluide. Je la comprimai en tous sens sans percevoir le plus petit calcul, ce qui eût dû être facile car les parois n'en étaient pas épaissies.

J'explorai la base du foie en tous sens.

Je cherchai à suivre le canal cholédoque pour voir si je ne sentirais pas ailleurs les calculs que je ne trouvais pas dans la vésicule.

Je ne trouvai rien.

Le foie était augmenté de volume et débordait notablement au-dessous des fausses côtes.

Je refermai le ventre sans faire aucune ouverture aux voies biliaires.

Les suites de cette intervention furent tout à fait inattendues. Tous les accidents cessèrent sans exception.

Il n'y eut même pas de vomissements chloroformiques.

Tout malaise et toutes douleurs disparurent.

Le cours de la bile redevint parfaitement régulier.

La coloration redevint normale.

On n'observa plus jamais aucun accident hépatique.

Les selles avaient été surveillées avec soin. On n'y trouva de calculs à aucun instant.

On put noter seulement après la reprise des fonctions digestives un engraissement assez rapide.

Quelle interprétation donner de ce fait très analogue, comme vous voyez, avec celui de M. Routier? Je ne sais trop. Je me suis dit que j'avais pu chasser quelque bouchon de mucus qui oblitérait les voies biliaires ou déplacer quelques amas de sable biliaire.

Au fond je ne sais pas du tout quel a été le mécanisme de cette guérison incontestablement liée à l'intervention.

La chute brusque de température exclut toute présomption de suggestion.

Je ne trouve d'intérêt à rapprocher cette observation de certaines observations de cathétérisme des voies hépatiques que parce qu'il semble bien que l'on ne sache pas très bien non plus comment agit ce cathétérisme.

Il reste là quelque chose de mystérieux comme dans nos intertions plus élémentaires, plus aveugles et à coup sûr moins rationnelles, qui n'ont dû leur succès qu'à un hasard heureux.

M. Quénu. — Les faits analogues à celui que vient de citer M. Mignon, ont été déjà étudiés et discutés dans cette Société en 1896 et 1897. J'en ai signalé un certain nombre dont la plupart sont consignés dans la thèse de Longuet (th. P. 1898). La pathogénie la plus vraisemblable des bons résultats fournis par la simple exploration dans les cas d'angiocholite indépendante de lithiase biliaire, paraît consister dans une action mécanique exercée sur le contenu du canal cholédoque (bouchon muqueux, etc.).

M. Paul Reynier. — La communication de M. Mignon m'a parue d'autant plus intéressante que je suis comme lui très partisan du drainage des voies biliaires, dans les cas d'ictère s'accompagnant de symptômes généraux graves. Mais pour que cette communication eût toute la valeur que nous serions en droit de désirer, il faudrait que le diagnostic ne fût pas discutable, et que la nature de l'affection dans laquelle ce drainage a été effectué, put être exactement affirmée. Aussi je comprends toutes les questions que lui a posées M. Lejars, curieux comme moi d'être renseigné sur ce sujet. Malheureusement, il faut le reconnaître, le diagnostic dans ces cas est particulièrement difficile, et nous n'en avons pas au moment de l'intervention souvent les éléments. L'intervention elle-même ne nous renseigne qu'imparfaitement; la marche de l'affection ou l'autopsie seules nous permettent de porter le diagnostic exact. Ce diagnostic cependant aurait, je le répète, dans le cas qui nous occupe, une grosse importance.

Comme vient de le faire remarquer M. Tuffier, si le drainage réussit dans quelques cas, il échoue par contre dans d'autres. Et si j'analyse mes observations personnelles, il m'a semblé, comme à M. Tuffier, que le drainage paraît surtout bien faire dans les cas où les symptômes généraux graves se présentent avec un ictère très prononcé des téguments, et échouerait plutôt dans ceux où l'ictère est moins prononcé et où on se trouve en présence d'une coloration subictérique des conjonctives et de la peau plus ou moins intense. Or, dans les premiers cas, on a surtout affaire à une oblitération des voies biliaires extérieures; dans les seconds, à une lésion des canalicules intrahépatiques, à une angiocholite véritable, dans laquelle les acini sont plus profondément atteints.

A l'appui de cette manière de voir, je vous demande la permission de vous citer un certain nombre d'observations de ma pratique personnelle.

Dans une première observation, il s'agissait d'une femme de trente ans qui n'avait jamais eu de crises de colique hépatique et qui fut surprise brusquement d'ictère avec symptômes généraux très graves : frisson, température élevée, 40 degrés avec grande

oscillation. Devant la gravité, s'accentuant tous les jours, de l'état général, je crus devoir intervenir le 14 mai 1889 avec l'aide de mon ami Routier, qui doit s'en souvenir, et en présence de mon ami le Dr Moutard-Martin. Je pensais à un calcul; à l'ouverture du ventre, je trouvais un foie petit, granuleux, bosselé, avec une vésicule vide. Je cherchai le cholédoque, passant mon doigt sous l'épiploon gastrohépatique sans rien sentir; Routier; chercha comme moi.

Mais l'aspect du foie était tel que Moutard-Martin nous arrêta, nous disant que nous avions très probablement affaire à un cancer, qu'il y avait là une erreur de diagnostic, et que nous n'avions qu'à refermer le ventre. Ce fut l'opinion à laquelle nous nous ralliâmes tous et je refermai sans drainage.

Deux jours après, ma malade, comme celle de M. Lucas-Championnière et celle de M. Routier, n'avait plus de fièvre. Les selles reprenaient peu à peu leur coloration normale et elle guérissait. Cette femme vit toujours et n'a jamais eu depuis d'autre crise de colique hépatique.

Aujourd'hui que je connais mieux ces affections, je reste persuadé que nous avons eu affaire à une oblitération calculeuse du cholédoque qui nous avait échappée. Pendant les manipulations auxquelles nous nous sommes livrés, calcul ou poussière calculeuse a dû passer dans l'intestin.

Voici une seconde malade que j'ai opérée il y a quatre ans dans mon service à l'hôpital Lariboisière. Cette femme avait été prise d'ictère intense avec phénomènes généraux graves, allant en s'accentuant. Je crus devoir intervenir. Je trouvais une vésicule petite vide, et ne trouvant pas de calcul dans le cholédoque, je crus devoir ouvrir la vésicule et pratiquai le drainage. Comme chez le malade de M. Mignon, pendant deux jours il ne s'écoula rien par mon drain, ce ne fut que le troisième jour que la bile commença à couler. Au fur et à mesure que cet écoulement s'accentuait, les phénomènes généraux diminuaient; mais quinze jours après sortait un premier petit calcul par la fistule biliaire, puis ce calcul fut suivi de plusieurs autres, et après trois quatre mois la malade après avoir émis un certain nombre de calculs voyait sa fistule se fermer spontanément.

Ici, comme vous le voyez, c'est la sortie des calculs, qui nous a fait affirmer plus tard le diagnostic, qui serait resté comme dans le cas de M. Mignon très hésitant si le calcul, au lieu de sortir par la fistule, avait finalement passé dans l'intestin.

Dans ces cas, le drainage a réussi. Mais par contre voici deux observations d'angiocholite, où le drainage n'a pas empêché la mort de survenir, et où l'autopsie a pu faire affirmer le diagnostic.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui m'était amenée en 1896, à l'hôpital Lariboisière, avec symptômes généraux graves, température élevée, épistaxis teinte subictérique prononcée, mais n'ayant pas l'ictère des deux premiers malades dont je viens de parler. Pensant à une angiocholite, j'intervins, je fis le drainage de la vésicule biliaire, trouvant une vésicule remplie d'un liquide grisâtre mélangé de bile et de pus. Quarante-huit heures après mon intervention, la malade mourait, et à l'autopsie je trouvais tous les canaux hépatiques et les canalicules biliaires remplis de ce liquide grisâtre purulent. Le diagnostic d'angiocholite ne pouvait être discuté.

Je citerai encore l'observation d'un homme que j'opérai il y a quatre ans, avec le Dr Marieux, et chez lequel je trouvai les mêmes lésions, une vésicule remplie de ce liquide grisâtre, purulent; là, encore, les symptômes généraux très graves ne s'étaient accompagnés que d'une teinte ictérique des téguments très modérée avec coloration subictérique des conjonctives. Le drainage des voies biliaires qui fut fait ne put empêcher la terminaison fatale.

Ces observations montrent. comme je le disais, l'importance du diagnostic pour juger la valeur thérapeutique de ce drainage de la vésicule, drainage sur lequel M. Mignon vient d'attirer notre attention.

Sur un point particulier du manuel opératoire de l'appendicectomie, la ptose du côlon transverse venant compliquer la recherche de l'appendice,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, je vous demande la permission d'attirer un instant votre attention sur un point particulier du manuel opératoire de l'appendicectomie. Je veux parler de la ptose du côlon transverse venant masquer l'appendice et rendre plus difficile sa recherche.

Chacun connaît la ptose du côlon transverse dans laquelle cette partie de l'intestin, au lieu de représenter une ligne transversale, décrit une courbe, ou plutôt un V à sommet inférieur descendant jusque dans la fosse iliaque droite, ou même au niveau du détroit supérieur du bassin. Cette disposition, je l'ai rencontrée trois fois sur un total de 73 résections à froid de l'appendice.

La première fois, il s'agissait d'un grand garçon de quatorze ans et demi, très fort et très développé pour son âge, présentant un développement adipeux considérable. Après avoir ouvert la

gaine du grand droit et incisé le péritoine, je tombai immédiatement sur l'épiploon chargé de graisse, et, en arrière de lui, sur le gros intestin, sous la forme de deux anses parallèles, qui se laissaient attirer sur une longueur considérable, sans qu'il me fût possible de déterminer celle qui répondait au cæcum. C'est seulement après avoir agrandi la plaie par en bas que je rencontrai l'angle iléo-cæcal et l'appendice, dont je pratiquai la résection.

Ce fait m'avait vivement frappé, car la disposition anatomique sur laquelle je viens d'insister avait rendu les manœuvres longues et pénibles. Or, tout dernièrement, deux faits analogues viennent de se présenter à notre observation.

Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une jeune fille de treize ans; elle aussi très grasse et très développée pour son âge. Chez elle encore, la gaine du grand droit et le péritoine ouvert, je tombai sur le grand épiploon chargé de graisse, et sur deux anses parallèles du gros intestin, qui se laissaient aisément attirer au dehors, mais dont ni l'une, ni l'autre ne me conduisait sur l'angle iléo-cæcal. Réduisant alors ces deux anses du gros intestin, et agrandissant la plaie, je me portai plus en dehors où je trouvai une troisième anse du gros intestin, qui me mena rapidement sur le cæcum et sur l'appendice. Dans ces cas, en effet, il y a, comme on le comprend aisément, trois anses de gros intestin plus ou moins parallèles, la première représentée par le cæcum et le côlon ascendant, la seconde répondant à l'anse descendante du côlon transverse, la troisième est la portion ascendante de ce même côlon transverse.

Dans les deux cas précédents, la ptose intestinale a été constatée chez des jeunes gens anormalement développés pour leur âge et chargés de graisse. Chez eux, l'atonie intestinale se traduisait par ce fait que le gros intestin, en dépit des purgatifs administrés avant l'opération, était rempli d'une pâte fécale, qui se laissait déprimer sous le doigt.

Mais le troisième cas que je désire vous soumettre est tout à fait différent des deux premiers. Il s'agit, au contraire, d'un petit garçon de six ans, très frêle et très amaigri. Chez lui encore, après ouverture de la gaine du grand droit et du péritoine, je tombai immédiatement sur le gros intestin, représentant deux anses parallèles. De ces deux anses, l'une était très congestionnée, distendue, et aboutissant à des adhérences qui la maintenaient fortement fixée dans la fosse iliaque droite ; l'autre était parfaitement mobile, de coloration normale et non distendue. Je pensai que l'anse congestionnée et adhérente répondait à l'appendice enflammé, et je me mis en devoir de libérer ces adhérences. Mais mon raisonnement était faux, et, l'autre anse ayant fait

issue à travers la plaie, je pus, en la déroulant, arriver facilement sur le cæcum.

Messieurs, sans exagérer les difficultés qui résultent, dans la résection à froid de l'appendice, de la ptose du côlon transverse, il m'a paru qu'il était bon d'attirer l'attention sur ce point particulier de la question qui n'a point été signalé dans les descriptions classiques de l'opération.

Toutefois, la thèse de Ducatte sur la ptose du gros intestin, soutenue en 1900, mentionne trois cas de ptose du côlon transverse venant compliquer la résection de l'appendice. De ces trois cas, deux appartiennent à M. Tuffier, le troisième à M. Potherat.

Je serai heureux de savoir de mes collègues dans quelle proportion cette disposition s'est présentée à leur observation. Quels que soient d'ailleurs les mérites de l'incision de la gaine du grand droit, il y a là évidemment une objection à lui faire, car plus on se porte en dedans, plus on a de chance de tomber sur les anses prolabées du côlon transverse, le cæcum restant plus en dehors.

M. Pierre Delbet. — Il m'est arrivé, au cours d'appendicectomie, de voir le côlon transverse en ptose. Mais, depuis plusieurs années, je me sers, pour ces opérations, du plan incliné, très incliné même, et, depuis ce temps, je ne vois plus le côlon. Comme je fais toujours l'incision de mon ami Jalaguier, je fais écarter la lèvre externe et je trouve facilement le cæcum à sa place. Je crois qu'il suffit du plan incliné pour éviter tout embarras venant du côlon transverse.

M. Schwartz. — J'ai rencontré un certain nombre de fois le prolapsus du côlon transverse donnant lieu à quelques hésitations. Je crois que le plan incliné, en permettant l'éloignement du côlon transverse, est excellent pour faire disparaître cette disposition, et je m'en sers très souvent. D'ailleurs, la recherche du cæcum directement dans la fosse iliaque droite donne presque toujours un bon résultat.

M. Quénu. — Au début, j'ai trouvé, comme M. Kirmisson, des prolapsus du côlon transverse se présentant au niveau de la plaie; mais, depuis l'adoption du plan incliné, je n'ai plus cet inconvénient. En revanche, j'ai rencontré une portion d'anse sigmoïde que l'inclinaison (dans le cas de certaines dispositions anatomiques) avait ramenée vers le haut du petit bassin et vers la droite. La meilleure technique pour arriver sur le cæcum consiste, je pense, à suivre exactement la paroi iliaque de dehors en dedans.

M. Jalaguier. — En cas d'hésitation, il faut réintégrer le gros intestin et chercher l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum.

M. Lucas-Championnière. — J'ai été un peu surpris d'entendre M. Kirmisson nous présenter comme un fait rare ce prolapsus du côlon transverse dans la région de la fosse iliaque droite.

Je ne sais s'il est très rare chez les très jeunes sujets que j'ai eu moins que nos collègues l'occasion d'opérer mais chez l'adulte c'est là un fait commun ; je l'ai rencontré non seulement en prolapsus mais avec des adhérences très solides et j'ai trouvé de ce fait quelques difficultés spéciales, mais qui ne me paraissent pas mériter une description à part, et l'emploi de procédés bien différents de ceux auquels nous avons recours dans les cas difficiles par les adhérences.

Je tiens, en particulier à dire que je ne vois aucune bonne raison pour recourir à une incision spéciale.

Non seulement je crois que tout peut être fait par l'incision de M. Jalaguier. Mais comme je l'ai dit, j'ai exagéré le procédé de M. Jalaguier en reportant l'incision plus loin vers la ligne médiane en plein sur le muscle droit antérieur.

Or, avec cette incision je n'ai jamais éprouvé de difficultés pour les cas dans lesquels ce déplacement du gros intestin pouvait embarrasser mais j'ai pu terminer des opérations infiniment plus compliquées, dans des cas dans lequels j'ai enlevé les deux ovaires suppurés, par exemple.

J'ai toujours trouvé là une voie suffisante que je pouvais agrandir à volonté sans chances d'éventration et je ne saurais trop insister sur ce fait que cette incision suffit à tous les cas.

Je le dis d'autant plus volontiers que, par principe, je n'ai pas recours à l'inversion du corps.

J'estime que si elle facilite dans une certaine mesure la recherche de l'anse, elle a aussi l'inconvénient de déplacer un peu trop les parties.

Elle a surtout pour moi l'inconvénient d'exposer au glissement des liquides septiques que l'on peut toujours rencontrer très inopinément, et je préfére m'en abstenir.

Comme l'a très bien dit M. Jalaguier, en cas d'hésitation, il suffit de rechercher attentivement la jonction du petit et du gros intestin pour se bien diriger et cesser de s'égarer sur un côlon qui n'occupait pas sa place normale.

M. Walther. — J'ai rencontré assez souvent la disposition signalée par M. Kirmisson ; elle me paraît plus fréquente chez les

adultes atteints d'appendicite chronique, avec entéro-colite ancienne. La ptose du côlon transverse entraîne cet accolement de deux cylindres coliques parallèles sur lequel a justement insisté M. Kirmisson.

Dans la recherche de l'intestin, il faut toujours attirer au dehors le plus externe des cylindres : le cæcum est toujours le plus externe. Pour éviter tout tâtonnement dans la recherche du cæcum, j'ai pris pour habitude d'aller toujours d'emblée à la recherche du côlon ascendant; pour cela les doigts, introduits directement à droite derrière la paroi abdominale, suivent le contour de la fosse iliaque jusqu'à ce qu'ils soient arrêtés par le méso-côlon; il n'y a qu'à attirer alors l'intestin supporté par ce méso-côlon. C'est en somme une manœuvre identique à celle qui est recommandée pour la recherche de l'S iliaque dans l'opération de l'anus iliaque.

Il ne reste qu'à dévider rapidement ce côlon ascendant pour amener le cæcum et l'angle iléo-cæcal qui sert de guide lorsque l'appendice ne se présente pas tout d'abord. Il n'y a guère de manœuvres longues qu'en cas d'inversion complète, lorsque le cæcum est en haut, parce qu'il faut, après une première recherche infructueuse, dévider à nouveau le côlon de bas en haut après l'avoir dévidé de haut en bas. En somme, c'est toujours le colon ascendant et le cæcum qu'il faut prendre d'emblée, et cela me semble facile en suivant la méthode que j'ai indiquée.

J'ai encore un mot à dire à propos du plan incliné. Dans la recherche de l'appendice, il faut une très légère inclinaison. Le renversement complet, s'il a l'avantage de débarrasser le champ opératoire du côlon transverse et des anses grêles, a d'un autre côté l'inconvénient d'attirer en haut le côlon ascendant et le cæcum et de rendre plus difficile l'extraction de l'appendice ; cette difficulté est très grande lorsque l'appendice est très élevé, caché dans le méso-côlon, quelquefois jusque dans le mésentère. Je crois donc qu'il faut, si on veut éviter ces inconvénients, incliner très peu le malade, au moins pendant le temps de la recherche de l'appendice. C'est ce que je fais toujours, quitte à opérer plus tard le renversement complet lorsque l'appendice est au dehors avec le cæcum et si les anses grêles, le côlon transverse ou l'épiploon viennent faire saillie dans la plaie d'une façon gênante.

M. Tuffier. — Les faits de ptose du côlon transverse, dont vient de parler M. Kirmisson, sont très fréquents, et c'est pour les avoir rencontrés dans nombre de laparotomies et de résections d'appendices que j'ai fait étudier, par mon élève Ducatte, cette question, et que j'ai publié dans sa thèse les deux observations

auxquelles on vient de faire allusion. Aussi, pour ma part, je me sers toujours du plan incliné dans les résections de l'appendice, pour faire remonter le côlon ascendant et le cæcum en abaissant légèrement le malade. Dans les cas tout à fait exceptionnels et absolument rares où le cæcum et l'appendice sont situés très haut, je laisse le malade horizontal ou je redresse le plan si j'avais commencé par l'incliner. En un mot, je considère que la position déclive bien maniée peut rendre de réels services dans la recherche et l'extirpation de l'appendice.

M. Routier. — Je dois dire que j'ai très souvent trouvé la disposition anatomique que nous a signalé M. Kirmisson; la ptose du côlon est presque la règle chez les malades atteints d'appendicite chronique, je parle des adultes.

Je fais une très petite incision à travers le grand droit, et, avec le doigt en crochet, je vais chercher ce qui est le plus à droite.

Le cæcum est plus facile à trouver que la fin de l'intestin grêle.

Quant au plan incliné, j'estime qu'il augmente la difficulté, si j'en juge par le cas où pratiquant une laparotomie pour un autre motif, je vais, de parti pris, chercher l'appendice; il est vrai qu'alors je fais une incision médiane, mais je crois qu'on a tendance à faire l'incision latérale toujours un peu basse.

M. Walther. — Je n'ai pas combattu le plan incliné, j'ai dit seulement qu'il fallait une minime inclinaison et, comme l'a très justement dit mon ami Routier, dans les laparotomies pour annexites ou fibromes, si la malade est en position de Trendelenburg, l'ablation de l'appendice est souvent laborieuse.

Aussi, en pareil cas, je commence toujours avec une très faible inclinaison pour l'appendicectomie. Après quoi, la malade est renversée pour la suite de l'opération.

Je ne fais, comme Routier, qu'une très petite incision latérale pour l'appendicectomie, et c'est avec deux doigts que je vais chercher et saisir le côlon ascendant.

Présentations de malades.

Prothèse métallique de la face
après résection de la paroi antérieure du sinus frontal.

M. PIERRE SEBILEAU. — Je vous ai présenté l'an dernier, à la séance du 29 avril 1903, un malade sous les téguments duquel j'avais inclu, pour remédier à la déformation très apparente produite par la résection totale de la paroi antérieure d'un large sinus frontal, une pièce d'or fabriquée par M. Delair.

En même temps que le patient, je vous avais montré une épreuve radiographique et un échantillon de l'appareil prothétique que j'avais appliqué. Vous vous rappelez que cet appareil, de forme triangulaire, perforé de trous, avait de grandes dimensions : plus de six centimètres en longueur, près de quatre en hauteur.

Je vous avais exprimé les craintes où j'étais, malgré l'excellence du résultat, que la pièce ne fût éliminée. L'infection préalable (sinusite purulente) du foyer où elle avait été appliquée et la communication de ce foyer avec les fosses nasales se présentaient comme des causes inquiétantes d'ostéite expulsive.

MM. Nélaton, Quénu, Tuffier ayant insisté sur ce processus d'ostéite raréfiante à la suite duquel les corps étrangers osseux deviennent flottants et mobiles, puis s'éliminent, par une sorte de défense aseptique de l'organisme, j'avais exprimé l'opinion qu'il y avait sans doute de nombreux facteurs à incriminer dans cette intolérance des tissus pour les appareils de métal qu'on enferme dans leur parenchyme, et que cette question n'était pas encore mise au point.

Je viens aujourd'hui tenir la promesse que j'avais faite à cette époque de vous présenter le malade.

J'ai suivi mon opéré. Il n'a eu aucun accident. Le voici. Il est en bon état, comme vous voyez. La plaque d'or est toujours à sa place. Elle n'a subi, semble-t-il, aucun ébranlement. Elle est solide. Par-dessus, les téguments sont souples et sains. Le patient n'est aucunement défiguré. Il y a actuellement quinze mois qu'il porte l'appareil. Voyez une épreuve radiographique récente : elle ne diffère pas de celle que je vous ai montrée lors de ma première présentation. Qu'arrivera-t-il? Je vous le dirai plus tard. Pour l'instant, le résultat, évidemment, est intéressant.

Déformation spontanée du maxillaire inférieur avec impossibilité de fermer la bouche et de mastiquer.

M. Tuffier. — Je vous présente une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte d'une déformation spontanée du maxillaire inférieur très curieuse et que je n'ai jamais vue.

Cette malade, après avoir eu pendant toute sa vie seulement ce qu'on appelle un « menton de galoche » très prononcé, a vu son maxillaire inférieur se développer progressivement depuis trois mois, si bien qu'aujourd'hui, il en résulte entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire inférieur, un écart de 2 centimètres environ, occasionnant une impotence fonctionnelle caractérisée par l'impossibilité de fermer la bouche et de mastiquer. L'examen direct de la malade et la radiographie de la région intéressée nous permettent de constater — ainsi que vous pouvez vous en rendre compte — que les dents et le maxillaire ne sont nullement hypertrophiés ni douloureux, que le développement anormal porte exclusivement sur l'angle du maxillaire qui s'est agrandi et a repoussé en avant le rebord alvéolaire, si bien que la dernière molaire *inférieure* correspond à la deuxième molaire *supérieure*, ces deux dents seules arrivent au contact, les autres s'écartant de plus en plus à mesure qu'on approche des incisives en avant.

En plus de ces anomalies, la selle turcique paraît être légèrement plus large qu'à l'état normal. Il n'existe aucune autre déformation du squelette.

Notre diagnostic étant *acromégalie probable*, notre thérapeutique est abstention de toute intervention et application d'un appareil prothétique qui permette la mastication. Je compte donc prendre l'empreinte du maxillaire et m'assurer ainsi de l'évolution de la maladie; je n'interviendrai que lorsque les lésions me paraîtront définitives et alors je tenterai une opération autoplastique sur le maxillaire inférieur.

M. Broca. Je pense qu'il s'agit ici d'un début d'acromégalie et que l'abstention actuelle doit être la règle.

M. Beurnier. J'ai vu il y a deux ans à la consultation de Lariboisière une malade semblable à celle de M. Tuffier et pour laquelle a été fait le diagnostic probable d'acromégalie. Nous l'avons suivie longtemps, et l'affection avait notablement progressé lorsqu'elle cessa au bout de dix-huit mois de venir nous voir. On

avait essayé un traitement par les frictions mercurielles, qui n'a absolument rien donné.

M. Pierre Sebileau. — Je ne sais de quoi il s'agit et cela est une chose bizarre que cette déformation progressive survenant chez une jeune fille d'une vingtaine d'années. Sous quelle influence mécanique se produit cette sorte d'allongement antéro-postérieur de la mandibule, dont l'angle paraît s'effacer, et quelle est l'altération du tissu osseux qui permet à cette cause mécanique d'agir d'une manière aussi efficace et de troubler pareillement l'articulation dentaire? Je l'ignore, ainsi que Tuffier. Mais, bien certainement, je ne tenterais pour le moment aucune intervention opératoire contre cette déformation, d'abord parce qu'il est très vraisemblable qu'elle n'est pas arrivée au terme de son évolution, ensuite parce que je suis convaincu qu'on pourra beaucoup plus obtenir avec une prothèse de redressement bien entendue qu'avec une exérèse chirurgicale.

Présentations de pièces.

M. Guénot, au nom de M. Desmarets et au sien, présente un cœur sur lequel il a pratiqué une suture du ventricule gauche, pour une plaie pénétrante par un coup de couteau. — M. Lejars, rapporteur.

Présentation de deux fragments d'une sonde urétrale en verre brisée dans la vessie pendant un cathétérisme. Sortie spontanée des deux fragments par l'urètre dilaté.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter deux fragments d'une sonde urétrale en verre qui s'est brisée dans la vessie pendant un cathétérisme évacuateur. Il s'agissait d'une femme atteinte d'annexite avec 39 degrés de température. Toutes les tentatives faites avec les instruments construits pour débarrasser la vessie des corps étrangers furent vaines. J'arrivais bien à saisir le fragment, mais toujours avec un repli de la muqueuse qui m'empêchait de l'attirer dans l'urètre.

Comme l'état général de cette femme s'améliorait et que la température tombait, je m'étais décidé à attendre quelques jours pour faire la cystotomie en même temps que la laparotomie. Mais à ma grande surprise le troisième jour après mes tentatives d'extrac-

tion, la malade évacua spontanément les deux fragments de sonde que je vous présente dont l'un a 2 centimètres et demi et l'autre 2 centimètres. Ceci dit à titre de curiosité bien entendu, car la règle est de débarrasser toujours le plus vite possible la vessie des corps étrangers qu'elle supporte en général très mal.

Présentation d'instrument.

Masque à chloréthyle de Siffre.

M. Chaput. — L'appareil de Siffre que je vous présente se compose de trois parties : 1° un masque en caoutchouc; 2° un tube de chloréthyle étranglé au milieu; 3° un petit tampon de gaze.

Le masque lui-même est une espèce de calotte en caoutchouc

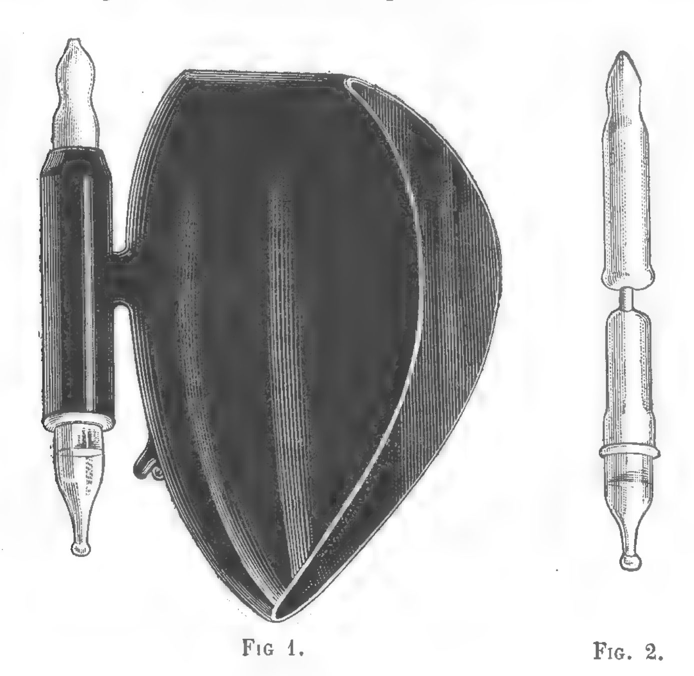


Fig 1. Fig. 2.

souple qui porte sur sa convexité une tubulure également en caoutchouc souple, dont le calibre communique avec la cavité du masque par un pédicule creux. Cette tubulure reçoit le tube à chloréthyle. Ce dernier est représenté dans la figure 1, et contient le chloréthyle.

Sa portion étranglée correspond au pédicule creux du masque.

Le tampon situé à l'intérieur du masque reçoit et enmagasine le chloréthyle pulvérisé.

Mode d'emploi. — On place le tube à chloréthyle, dans la tubulure du masque, et on applique celui-ci étroitement sur la face du patient. Avec les doigts, on brise le tube de verre à travers le caoutchouc au niveau de sa portion étranglée ; le chloréthyle s'en échappe, arrive par le pédicule creux dans le masque, se dissémine sur le tampon et sature l'air respiré par le patient. Au bout de quelques secondes le malade est endormi.

Avantages de l'appareil. — Le masque de Siffre est plus simple, plus pratique et moins coûteux que tous les masques à chloréthyle actuellement connus.

Il est plus commode que le procédé de la compresse qui nécessite deux tubes de chloréthyle à gros jet, et qu'il faut appliquer avec une rapidité extrême pour réussir l'anesthésie.

Le masque de Siffre permet de prolonger l'anesthésie au chloréthyle autant qu'on le veut ; il suffit de remplacer les tubes à chloréthyle aussitôt qu'ils sont vides.

Les tubes à chloréthyle du masque de Siffre ne sont pas plus coûteux que les tubes de chloréthyle ordinaires, et il suffit d'un seul tube pour obtenir l'anesthésie.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er JUIN 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. CALOT, intitulé : *Sur la toxicité du naphtol camphré et les raisons qu'on a de s'en servir.*
— Le travail de M. Calot est renvoyé à une Commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

3°. — *La technique du traitement de la coxalgie*, livre dont l'auteur, M. CALOT (de Berck), fait hommage à la Société de Chirurgie.

Lecture.

Rôle du pont périostique
dans l'irréductibilité de certaines fractures (1),

par M. DELANGLADE (de Marseille), membre correspondant national.

L'intéressante discussion qui s'est poursuivie naguère sur les fractures du fémur, a montré une fois de plus la rareté de la

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

réduction géométrique des fractures. Les obstacles à cette restitution n'ont été, dans cette circonstance, envisagés que de façon tout à fait accessoire. Il m'a paru cependant ressortir de la plupart des communications que l'on estimait, en général, que le plus important serait d'ordre musculaire. C'est aussi ce qu'enseignent les livres classiques, d'où le souci commun d'annihiler avant tout l'action des muscles voisins, les moyens employés pour cela variant seuls : anesthésie générale, extension continue, attitudes appropriées rapprochant les points d'insertion.

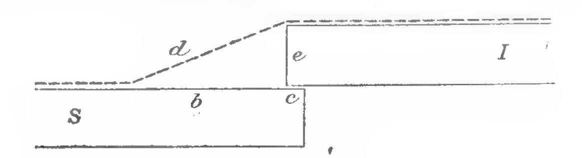
La dissection d'un membre fracturé m'a récemment montré que, dans certains cas, tout au moins l'irréductibilité dépendait surtout d'une autre cause. Voici dans quelles conditions j'ai recueilli cette pièce. Un enfant de six ans jouait, le 19 novembre 1903, sur l'arrière d'un fourgon de marchandises arrêté. La locomotive, en venant se raccorder à l'avant détermine une forte secousse, l'enfant tombe et sa jambe gauche vient faire coin entre le rail et la roue du wagon qui recule. Lorsque quelques heures plus tard le Dr Marnac et moi le voyons, nous constatons une fracture compliquée avec mobilité anormale très étendue. La plaie, fortement oblique en bas et en dehors, siège sur la région antérieure et interne de la jambe, distante de trois travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne à sa partie moyenne. Mesurant 9 centimètres, elle laisse voir des muscles contus, partiellement déchirés, le fragment supérieur du tibia largement dénudé qui s'engage au-dessous de la lèvre inférieure sur 2 centimètres et demi et le fragment inférieur du péroné qui dépasse de même d'un centimètre la lèvre supérieure. Le fragment inférieur du tibia et le fragment supérieur du péroné profondément logés au milieu des masses musculaires n'apparaissent pas. Le pied et toute la partie de la jambe sous-jacente au foyer de la fracture présentent un aspect livide, une température glacée, une anesthésie qui n'est incomplète que sur une petite zone postérieure le long du tendon d'Achille. Pas de battements à la pédieuse ni à la tibiale postérieure. Malgré ces conditions nous tentons la conservation, mais en vain. Un processus de gangrène sèche se dessine avec évidence et s'accompagne de fièvre, 38°5 à 39°3. Après consultation avec le Dr Louge, nous faisons, le 22 novembre, l'amputation circulaire de jambe au tiers supérieur dont les suites furent d'ailleurs simples. Dès le lendemain, je disséquai le membre amputé pour étudier spécialement deux points : 1° les conditions du sphacèle, qui trouveront place dans un autre travail; 2° les conditions de réductibilité, qui m'occupent seules ici.

Les téguments une fois disséqués, les décollements fendus d'un bout à l'autre, l'aponévrose superficielle complètement extirpée,

je ne pus absolument pas réduire par la traction aussi forte qu'il m'était possible de la faire subir aux fragments. Un chevauchement de 2 centimètres environ persista. Les muscles étaient cependant plus que relâchés, quelques-uns avaient eu, de par le trauma, non seulement leur gaine ouverte, mais une partie de leurs fibres arrachée, tels les péroniers et les muscles de la région antérieure; un avait été complètement sectionné, le fléchisseur commun des orteils, interrompu obliquement à trois travers de doigt au-dessus de la malléole interne et dont le segment inférieur avait été luxé en dehors par un large orifice de l'aponévrose jambière en avant du tendon d'Achille, au-dessus du ligament annulaire interne du tarse. Bien plus, du fait de l'amputation, presque tous les muscles présentaient une section de bon nombre de leurs fibres d'insertion supérieure. Il paraissait donc y avoir plus qu'un obstacle tenant aux muscles. Pour m'en assurer mieux, je les enlevai un à un par dissection et ne parvins pas, malgré cela, à réduire. Sur la photographie 1 que je vous présente, vous pouvez le constater. Il n'y a plus en place que le reste du jambier antérieur, des péroniers et de la couche profonde des muscles postérieurs. Le fragment supérieur est fixé sur une planchette lisse par un poinçon qui traverse la diaphyse; le fragment inférieur est soumis à une traction effective de 5 kilogrammes par l'intermédiaire de deux anses dont l'une passe sur le dos du pied, l'autre sur la face supérieure du calcanéum en avant du tendon d'Achille. Les deux fragments sont parallèles, mais chevauchent l'un sur l'autre de plus d'un centimètre. Ce qui les empêche de se mettre en contact bout à bout c'est un pont fibreux dont voici la disposition : le fragment inférieur du tibia est resté engainé par le périoste, sauf sur sa face postérieure dénudée sur une étendue d'un centimètre et demi à partir de la rupture; le fragment supérieur est entièrement dépouillé sur une hauteur de 5 centimètres, sauf au niveau de l'insertion du ligament interosseux; mais tandis que sur une notable étendue des faces postérieure et externe le périoste a été sectionné, au niveau de la face interne où il est très fort, il a été simplement décollé, et se continue avec le périoste du fragment inférieur. La bande fibreuse ainsi constituée et qui est séparée en deux par un trait longitudinal est, de toute évidence, l'obstacle essentiel à la réduction. Toutes les tractions que je fais dans l'axe des fragments la tendent, mais, si énergiques soient-elles, ne la font pas céder. Dès, au contraire, que je la supprime, la réduction devient aisée. Pour cela, il n'est pas nécessaire de la couper à son tour; il suffit de la relâcher en inclinant les deux fragments l'un vers l'autre jusqu'à ce que les bords correspondants de la surface de section viennent au contact. On redresse alors sans

peine l'angle droit formé par les deux fragments et l'engrénement est parfait. On se rend compte, ce faisant, que ce ligament périostique est moulé sur l'os qu'il recouvre, bref qu'il n'a pas été étiré par le trauma. Il est si bien l'obstacle fondamental que l'irréductibilité persiste absolue lors des tractions dans l'axe, alors même que tous les muscles ont été supprimés et qu'il relie seul les fragments. La photographie 2 l'établit, montrant que le chevauchement n'est, dans ces conditions, qu'à peine atténué. Et, cependant, la suppression de tout lien postérieur a, en dérangeant l'équilibre des forces, permis aux fragments de basculer l'un sur l'autre et de perdre leur parallélisme.

La conservation fréquente d'une bande de périoste a été constatée maintes fois déjà. Ollier qui l'a nommée pont ou sautoir périostique a montré son rôle physiologique capital dans la consolidation des fractures avec chevauchement. M. Hennequin a insisté sur le rôle mécanique que ces débris périostiques jouent, une fois tendus par l'extension, pour contenir les fragments. Mais il n'est pas à ma connaissance que l'on ait indiqué l'obstacle qu'ils apportent à la réduction lors des tractions dans l'axe. Ce fait en établit la réalité au moins dans certains cas. L'obstacle est je crois, identique à celui des ligaments ou parties de capsule respectés par le traumatisme dans les luxations et dont l'importance prépondérante est bien établie aujourd'hui. Dans les fractures non seulement le pont périostique maintient le chevauchement dans certaines conditions, mais c'est lui qui en règle l'étendue suivant l'épaisseur de l'os et la hauteur du décollement. Deux équations plus que simples permettent de l'établir.



Soit S le fragment supérieur, I l'inférieur, d le pont périostique, e l'épaisseur de l'os fracturé, c le chevauchement, b la portion du fragment supérieur comprise entre les limites du décollement et la portion qui chevauche, on a d'abord (l'expérience nous ayant appris que le périoste ne s'est pas allongé).

$$d = b + c$$

D'autre part le triangle dont les côtés sont d, e et b est rectangle (fragments parallèles et trait sensiblement perpendiculaire) donc :

$$d^2 = e^2 + b^2 \quad \text{soit : } b = \sqrt{d^2 - e^2}.$$

Et si nous portons cette valeur dans notre première équation, nous avons :

$$c = d - \sqrt{d^2 - e^2},$$

de telle sorte que le chevauchement sera d'autant plus grand que le décollement est plus prononcé et l'os plus épais et qu'il sera nul si l'os est très mince ou le décollement égal à 0.

Les faits comme celui que j'ai étudié sont-ils des exceptions? Pour admettre qu'il en est ainsi, il faudrait supposer que dans les fractures avec chevauchement le périoste est généralement détruit sur toute sa circonférence ou que du moins ce qui en reste a été étiré par le traumatisme. Je ne sache pas que cela ait été vu tandis que le contraire a été observé. Il serait malaisément explicable qu'il n'en fût pas ainsi. L'os se brise, c'est le premier temps; si les deux fragments se déplacent ils forment un angle au sommet duquel le périoste se rompt à son tour (éclatement ou blessure directe ou les deux mécanismes), c'est le deuxième temps; la force continuant à agir le périoste se décolle du côté de l'ouverture de l'angle comme l'écorce d'une jeune tige fraîche suivant la comparaison d'Ollier, c'est le troisième temps. Ce décollement va plus ou moins loin suivant l'agent vulnérant ou son intensité, mais il en épuise justement la violence. Et il en est ainsi même dans les fractures compliquées. J'ai souvent été étonné de voir le chirurgien déployant vainement pour réduire une force considérable et se croyant tenu parfois de réséquer les extrémités osseuses alors que l'accident est récent et la résolution chloroformique complète. Je ne l'ai pas été moins par le fait suivant, maintes fois remarqué. Alors que les tractions dans l'axe les plus énergiques avaient été impuissantes à me procurer la réduction, elle s'obtenait sans peine si je luxais les deux fragments hors de la plaie, les mettais bout à bout par un point, appuyais ensuite sur le sommet de l'angle pour le redresser, manœuvre conseillée d'ailleurs dans l'important mémoire de MM. Tuffier et Loubet sur la réduction sanglante des fractures. Je me l'explique maintenant : ce faisant on relâche le périoste et l'on compose avec lui comme on compose avec le ligament de Bigelow quand pour réduire une hanche luxée on tire sur la cuisse en flexion et non sur la cuisse étendue.

Pour obtenir extemporanément la réduction géométrique dans les fractures du type de celle-ci, je ne crois pas qu'il y ait d'autre façon d'agir : fléchir les fragments l'un sur l'autre pour détendre le ligament périostique, leur faire suivre pour les ramener dans le prolongement l'un de l'autre le chemin qu'ils ont suivi pour se séparer. Cela se peut toujours lors de la réduction à ciel ouvert. Peut-être cela se peut-il encore dans les fractures franchement en

rave. Cela ne se peut bien entendu pas si l'on a des motifs de croire à un trait dentelé, les aiguilles osseuses étant susceptibles de causer dans les parties molles de graves désordres, et s'opposant, en tout cas, à l'engrénement, en dehors des faits où l'on opère sous le contrôle de la vue. Il est probable que, dans ces cas, l'extension continue, par son action lente et progressive, met en jeu la ductilité du lambeau périostique et détermine ainsi, non sans doute une réduction absolue, mais une correction satisfaisante même au point de vue du raccourcissement. De nouvelles recherches anatomiques paraissent nécessaires pour nous procurer sur l'état des parties molles relativement au squelette des renseignements que nous n'avons pas. Peut-être pourrait-on établir ainsi pour chaque variété de fracture le mode de restauration adéquat à la lésion, et conséquemment opportun. L'expérience montre, en tout cas, que l'ancienne loi est rigoureusement fausse : les fractures réduites sont relativement faciles à maintenir, mais la réduction est elle-même très difficile à obtenir.

A l'occasion du procès-verbal.

Hydronéphrose.

M. P. Legueu. — Dans le n° 18 du *Bulletin*, numéro qui a paru après la dernière séance, je trouve la réponse de M. Bazy aux argumentations qui ont suivi sa communication. Dans cette réponse qui clôt la discussion et que je n'avais pu entendre, étant absent à la séance du 18 mai, je trouve cette phrase, p. 525 :

« Un argument invoqué par M. Legueu en faveur de la théorie de l'hydronéphrose par rein mobile..., c'est que dit-il, il n'a jamais vu d'hydronéphrose intermittente qu'à droite. »

Et plus loin, « M. Legueu lui-même en cite un à gauche et chez un homme ; il y a là une contradiction dans ses écrits que je me permets de lui signaler. »

M. Bazy fait évidemment allusion à la phrase de ma communication qui termine la page 419 et commence la page 420 de nos Bulletins. Je la reproduis textuellement « Je n'ai jamais vu l'hydronéphrose accompagnée à gauche de mobilité rénale. Toutes les hydronéphroses gauches que j'ai vues et opérées étaient fixes. »

Voilà ce que j'ai dit, et je pouvais sans me contredire rapporter

deux faits d'hydronéphrose à gauche chez des hommes, sans mobilité.

Si donc M. Bazy s'était donné la peine de lire exactement ce qui était écrit, il se serait évité l'occasion de trouver dans celui-là au moins de mes écrits une contradiction qui n'a existé que dans son esprit.

M. Bazy. — Comme il ne s'agissait que d'hydronéphrose intermittente, l'objection de M. Legueu ne porte pas.

Suite de la discussion sur la gastro-entérostomie et l'ulcère de l'estomac.

M. Hartmann. — Dans une de nos précédentes séances, M. Quénu nous a apporté l'observation d'une de ses opérées qui avait succombé huit jours après une gastro-entérostomie, à la suite d'une hémorragie par ulcération de l'artère hépatique. Je puis vous apporter une observation analogue. Le 1er juillet 1899, j'ai perdu, huit jours après une gastro-entérostomie, une malade d'hémorragie, conséquence de l'ulcération d'un vaisseau pancréatique.

Ces faits sont intéressants parce qu'ils nous montrent, ce que l'on pouvait déjà prévoir, qu'une ulcération artérielle n'est pas nécessairement oblitérée par le fait même de l'établissement d'une gastro-entérostomie.

Ils concordent avec l'opinion que nous avons déjà soutenue à maintes reprises, en particulier dans notre dernier travail sur le traitement des lésions non néoplasiques de l'estomac, à savoir que la gastro-entérostomie ne donne rien dans les *formes foudroyantes* des *gastrorragies par ulcères* (1).

Dans celles-ci la mortalité opératoire est énorme, quelle que soit du reste l'intervention pratiquée.

Notre élève Savariaud l'évaluait, dans sa thèse, à 66 p. 100. Je sais bien que notre collègue Tuffier vient de nous dire qu'elle s'était abaissée à 37 p. 100. Mais j'ignore sur quelles observations il se fonde et ne puis discuter sa statistique dont les matériaux n'ont pas été publiés. Ce que je sais c'est que Mayo-Robson est arrivé à une mortalité de 64,2 p. 100, que, d'autre part, réunissant trois statistiques intégrales, celle de Mikulicz, celle de Czerny et la mienne, je suis arrivé à une mortalité de 63 p. 100.

(1) Le traitement chirurgical des lésions non néoplasiques de l'estomac, in *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*. Paris 1903, p. 195.

Et, du reste, même si l'on admettait le chiffre, à mon avis trop faible, de 37 p. 100, que nous donne Tuffier, la mortalité opératoire serait encore bien plus grande que celle du traitement médical qui, dans les grandes hémorragies, ne me semble donner qu'une mortalité de 5 p. 100.

Je me rallie donc nettement à l'opinion soutenue par le professeur Hayem, par Soupault et par d'autres à savoir que l'hémorragie mortelle est assez rare et qu'il ne faut pas recourir immédiatement à une intervention chirurgicale.

J'arrive au second point abordé par M. Quénu, celui de la question de la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcères avec hémorragies répétées, et d'une manière plus générale dans les ulcères gastriques.

Notre collègue fait à cet égard une distinction entre les ulcères en voie de cicatrisation et les ulcères en activité. Je crains que la distinction qu'il cherche à établir ne soit un peu factice. Tel ulcère est en voie de cicatrisation dans une de ses parties alors qu'il évolue dans une autre. De plus il n'est pas toujours facile d'établir cliniquement l'existence de cette cicatrisation partielle de l'ulcère en dehors des cas où l'ulcère occupe le pylore et où il existe une stase gastrique nette.

Il n'en est pas moins vrai qu'en pratique, et sur ce point nous sommes d'accord avec M. Quénu, les interventions qui nous donnent le plus de satisfaction, sont celles où en même temps que des hémorragies il y a de la stase gastrique, *a fortiori* celles où il y a des ondulations péristaltiques. Nous avons vu en pareil cas des hémorragies considérables et répétées s'arrêter définitivement, chez plusieurs malades, chez un, en particulier, arrivé à un état d'anémie extrême, presque moribond, que nous avons opéré le 29 juillet 1902 et qui, depuis cette époque, jouit d'une santé parfaite.

En recherchant nos anciens opérés, nous sommes arrivé aux résultats suivants : sur sept ulcères présentant en même temps des hématémèses répétées jusqu'à une époque très rapprochée de l'intervention (de quelques jours à deux mois au maximum) et suivis pendant des périodes variant de dix-huit mois à six ans, je n'ai jamais vu de retour des hémorragies.

Deux autres, présentant de même de petites gastrorragies à répétition sans stase alimentaire, sans dilatation de l'estomac mais avec un peu de gastrosuccorrée et de l'hyperpepsie, sont de même restés guéris, sans hémorragie, depuis quatre ans et trois ans et demi.

Si je rapproche ces faits d'autres suivis pendant une période moins longue et que je laisse pour cette raison de côté actuelle-

ment, et d'un certain nombre de cas où le diagnostic d'ulcère en voie d'évolution me semble devoir être porté malgré l'absence de gastrorragie et où la gastro-entérostomie a fait cesser tous les accidents, je crois qu'il est inutile de chercher à remplacer cette intervention si simple par une autre plus complexe et que la gastro-entérostomie reste l'opération de choix toutes les fois qu'un traitement médical bien dirigé n'est pas venu à bout des troubles gastriques, ce qui, je m'empresse de le dire, est rare en dehors du cas où une sténose pylorique est venue compliquer l'ulcère.

Suite de la discussion sur l'hypospadias.

M. Broca fait remarquer que depuis qu'on utilise le procédé de von Hacker, les résultats obtenus ont été beaucoup plus satisfaisants qu'ils ne l'étaient auparavant.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion de pratiquer dans mon service de l'hôpital Lariboisière l'opération que nous a décrit M. Villemin, et comme lui j'ai été frappé de la simplicité opératoire et de l'excellence des résultats. Aussi dans la *médecine opératoire de l'appareil urinaire* que j'ai récemment publiée, l'ai-je longuement décrit et figuré, disant que ce procédé convenait spécialement aux hypospadias balaniques. J'ajouterai simplement un mot. Dans la discussion qui vient d'avoir lieu on a toujours dit : procédé de von Hacker, or le premier qui ait pratiqué et décrit l'isolement et la transplantation de l'urètre, soit dans le sillon avivé de la face inférieure du gland, soit dans le gland tunellisé, est Beck, de New-York (1); Von Hacker (2), puis Bardenheuer, Marwedel, etc., n'ont décrit et pratiqué ce procédé qu'après lui, il mérite donc, je crois, le nom de *procédé de Beck*, nom que je lui ai donné dans mon livre.

M. Lejars. — Je voudrais rapporter un seul fait. Il y a trois mois, j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération chez un garçon de quinze ans, atteint d'hypospadias balanique : l'urètre se laissa très facilement disséquer, et tout se passa sans incident. Je tiens cependant à ajouter qu'il a été utile de faire ultérieurement un peu de dilatation de la portion balanique du canal, non point

(1) Beck. *New-York Med. Monatschr.*, 1897, p. 597, et *N-Y. med. Journ.*, 29 janvier 1898.

(2) Von Hacker. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1898, t. XXII, p. 271.

qu'il y eût un rétrécissement proprement dit, mais le segment transplanté de l'urètre paraissant un peu serré et inélastique. Sans insister, je veux simplement me joindre à mes collègues pour reconnaître l'excellence de cette technique de la transplantation urétrale dans la cure de l'hypospadias.

M. Kirmisson. — Le reproche adressé par M. Lejars à l'opération de von Hacker ne me paraît pas justifié. Que dans son cas particulier il y ait eu rétrécissement du méat, cela tient sans doute à des conditions spéciales. Mais, dans tous les cas où la réunion par première intention a été obtenue sur toute la circonférence du méat, il n'y a aucune tendance au rétrécissement.

M. Félizet. — L'obligation de l'introduction d'une sonde pour maintenir le calibre du méat nouveau est certainement exceptionnelle.

M. Villemin n'a pas eu à y recourir une seule fois, et pour ma part j'ai été aussi heureux que lui pour la simplicité des suites.

Je vous demande la permission de vous signaler une petite modification que j'ai faite pour prévenir non pas l'atrésie du méat, mais le *serrage* de l'urètre implanté. Au lieu d'une incision transversale ou antéro-postérieure de l'extrémité du gland, j'ai cru devoir faire une incision en T, la tige du T étant antéro-postérieure.

La dilatation opérée par le passage de l'urètre transforme le T en une ouverture triangulaire assez large : l'urètre se fixe sur les bords et n'est pas comprimé dans son passage à la sortie du du gland.

A dire vrai, je ne crois pas que cette légère modification soit toujours nécessaire; je la trouve commode, car elle facilite la suture de l'extrémité urétrale, en égalisant le périmètre de l'urètre et du tunnel ménagé dans le gland.

M. Lejars. — Je tiens à répéter qu'il ne s'agissait pas d'une coarctation proprement dite ni d'une dilatation difficile.

Suite de la discussion sur les amputations ostéoplastiques.

M. Pierre Delbet. — Un mot d'abord, Messieurs, sur l'amputation de Gritti, qui a été l'origine de la discussion actuelle, un mot au sujet de sa technique. Je scie le fémur et la rotule en chantournant fortement de manière à former sur le premier une surface très convexe et sur la seconde une surface concave en

forme de nacelle. En outre, j'ai soin de conserver un bout assez long de tendon rotulien de manière à pouvoir le suturer solidement aux tendons postérieurs. J'obtiens ainsi une bonne immobilisation de la rotule sur le fémur sans faire ni enchevillement, ni cerclage.

J'espérais pouvoir vous présenter des amputés de jambes, et c'est pour cela que j'avais demandé à être renvoyé à cette séance. Malheureusement je n'ai pu retrouver mes anciens opérés. Aussi je serai très bref.

Depuis 1898, époque à laquelle j'ai réglé le procédé que j'ai décrit, j'ai pratiqué six amputations ostéoplastiques de jambe. Chez tous mes opérés, j'ai obtenu la soudure définitive de la plaquette osseuse à l'extrémité inférieure du tibia. Et cependant dans deux cas l'opération avait porté sur des tissus infectés et il y eut de la suppuration.

Les connexions périostiques, que je prends bien soin de conserver, assurent, j'ai déjà eu l'occasion de le faire remarquer, la vascularisation de la plaquette. C'est à cela, je crois, qu'il faut attribuer la constance de la soudure et aussi le fait qu'elle ne s'atrophie pas.

Le hasard m'a permis de revoir trois de mes opérés plus de deux ans après l'opération. Chez les trois la plaquette osseuse était solide. Elle avait conservé son volume primitif et ne présentait aucune irrégularité. J'ai pu faire radiographier, le 15 juin 1902, une malade que j'avais opérée le 29 septembre 1898. Vous pouvez voir le bon état de la pseudo-rotule.

Un quatrième opéré a dû être amputé de cuisse une dizaine de mois après l'amputation de la jambe. Mon interne, M. Cochemé, a pu recueillir la pièce que je vous présente. Vous pouvez constater aussi le bon état de la plaquette et sa fusion solide avec le tibia. Dans sa partie externe, elle présente de toutes petites irrégularités. Chez ce malade, lorsque je l'ai opéré, il y avait un abcès qui remontait jusqu'au creux poplité. Aussi le moignon avait suppuré. C'est à cela je crois qu'il faut attribuer ces irrégularités, si petites d'ailleurs, qu'elles ne pouvaient avoir aucun inconvénient.

Tous ces faits prouvent que par l'amputation ostéoplastique on obtient le résultat anatomique que l'on se propose.

En est-il de même du résultat physiologique? Mon ami Lejars s'est demandé s'il y avait un avantage à éviter d'aller chercher un point d'appui jusqu'à l'ischion. Je crois que cet avantage est énorme. L'appareil à point d'appui ischiatique est pesant. Il faut le maintenir par des courroies qui vont se boucler autour de la taille. C'est tout une armure. Le point d'appui n'est jamais bien précis,

aussi il se produit au moment de la marche un petit plongeon ou au moins un ressaut visible. Au contraire, l'appareil qui ne prend point d'appui que sur la jambe est léger, facile à mettre : il se fixe par une simple jarretière sus-condylienne et il permet une marche absolument normale. Quand mes opérés ont appris à se servir de leur appareil, il est absolument impossible de se douter en les voyant marcher qu'ils sont amputés. Pour bien des gens, c'est là un avantage considérable.

Je ne chercherai pas à déterminer comment se fait la répartition du poids et quel est le nombre de kilos que mes opérés portent sur les condyles du tibia, sur la périphérie du moignon ou sur son extrémité proprement dite. Mais j'affirme que mes malades portent une grande partie de leur poids sur l'extrémité même du moignon, et j'ai là-dessus le témoignage du contre-maître de M. Collin. Je lui ai demandé, lors de ma cinquième amputation, s'il faisait pour les amputés ordinaires les mêmes appareils que pour les miens. Il m'a répondu résolument : « Non. Les seuls amputés de jambe que j'aie jamais fait marcher sur l'extrémité de leur moignon sont les vôtres. »

Je crois donc que les amputations ostéoplastiques constituent un progrès et qu'elles ont un réel avantage. Sont-elles pleinement satisfaisantes? Réalisent-elles la totalité de notre rêve? Là-dessus, je serai moins affirmatif.

Je vous ai dit que j'ai suivi trois amputés. L'une, que j'ai revue trois ans et demi après l'opération, — c'est celle qui a été radiographiée — marchait bien, son moignon était en bon état, mais c'était une couturière qui travaillait assise. Elle marchait peu. Un autre que j'ai suivi deux ans et demi avait un moignon absolument indolent et marchait très bien. Mais lui aussi marchait peu, car il avait une ankylose du genou de l'autre côté.

Au contraire le troisième malade marchait ou était debout toute la journée. Le résultat a été d'abord excellent. Je vous l'ai présenté sept mois après l'opération. A cette époque, il était enchanté, et il l'est resté pendant deux ans. Puis mon maître, M. Kirmisson, l'a retrouvé à la consultation du bureau central. Un hygroma s'était développé sur son moignon et était devenu fistuleux. Je le regrette infiniment mais je n'en puis pas conclure que le développement d'un hygroma soit fatal. Parce qu'un amputé par la méthode ostéoplastique a eu un hygroma, on n'est pas obligé de croire que tous les amputés en auront, pas plus qu'on ne doit croire quand on voit un malade atteint d'hygroma du genou ou du coude que toute l'humanité y soit vouée.

En somme il me semble que les amputations ostéoplastiques de jambe sans être parfaites ont de réels avantages, et pour ma part,

je suis plus disposé à chercher à les perfectionner qu'à les abandonner.

M. Lucas-Championnière. — Si j'ai demandé la parole pour faire quelques réflexions au sujet des amputations de Gritti, ce n'est pas pour vous apporter une expérience personnelle, car je commence par vous avouer que je n'ai pas fait d'opération de Gritti.

A cela, il y a eu plusieurs raisons. La première, c'est que j'avais vu Gritti et deux exemplaires de ses amputations qu'il m'avait montrés et qui n'avaient rien de tentant pour m'engager à l'imiter. Il est vrai que, depuis cette époque, les amputations à lambeaux et les amputations compliquées ont fait terriblement de progrès, et qu'il peut y avoir, dans cette amputation spéciale, une ressource dans un cas déterminé et très particulier. Je n'ai pourtant pas eu l'occasion bien précise d'avoir recours à cette ressource, même aux époques premières de l'antisepsie où, tout à la joie de donner sans accidents à nos amputations la forme voulue, j'ai tenté un peu de toutes sortes d'amputations à lambeaux auxquelles j'ai renoncé depuis, parce que l'expérience m'a appris à faire choix des procédés les plus simples comme les meilleurs pour la fonction de l'amputé.

Si je ne veux contester qu'il puisse y avoir quelque indication à l'opération de Gritti, je reste fort surpris de voir qu'un chirurgien ait eu, en très peu de temps, l'occasion de faire un si grand nombre de ces opérations, qui devraient rester très exceptionnelles dans ce que je considère comme une bonne pratique.

Remarquez, je vous prie, que même théoriquement, l'amputation ostéoplastique de la cuisse a perdu une partie des bénéfices que l'auteur invoquait en sa faveur. Il lui trouvait, en effet, trois avantages. Le premier, c'était de remplacer une amputation du tiers inférieur de la cuisse par une amputation faite plus bas.

Or, à cette époque, les amputations étaient d'autant plus graves par leur mortalité que l'on s'élevait davantage sur la cuisse en se rapprochant de la racine du membre. L'amputation de Gritti devait donc être moins meurtrière que l'amputation du tiers inférieur de la cuisse.

Je pense que personne de nous n'est hanté aujourd'hui par ces sortes de préoccupations. L'abaissement du siège de l'opération n'a aucun intérêt pour la sécurité du sujet.

Un autre avantage de l'opération consistait en ce que le fragment rotulien, appliqué sur la section inférieure du fémur, venait boucher les lacunes osseuses qui étaient, disait-on, le point de départ des infections osseuses qui jouaient un si grand rôle dans la mortalité des opérés.

Je pense que c'est encore une préoccupation à laquelle aucun de nous n'a lieu de céder. C'est encore un des avantages invoqués par Gritti qui est évanoui.

En troisième lieu, Gritti pensait que l'on pourrait faire marcher le sujet directement sur son moignon. Cela donnerait alors, après les amputations de cuisse, des conditions aussi faciles qu'après l'amputation de jambe.

Pour montrer qu'un semblable résultat est obtenu, il ne faut montrer que des cas anciens et non des sujets opérés depuis très peu de temps.

L'expérience a montré que dans de rares observations antérieures, après avoir obtenu une marche sur l'extrémité du moignon, on avait assez promptement été obligé de faire porter la pression de l'appareil de soutien sur la périphérie du moignon comme avec un entonnoir, pour éviter la pression sur la région osseuse trop saillante et trop sensible.

Puis, on était revenu à faire marcher le sujet sur l'ischion, à à l'instar de ce que l'on obtient après les amputations de cuisse au tiers inférieur.

Le mémoire que nous a rapporté M. Lejars a-t-il donné des preuves nouvelles de ces possibilités? Je ne le pense pas. Si intéressant qu'il soit, je n'y ai pas trouvé les preuves demandées.

M. Lejars. — Je suis heureux que les observations de M. Szczypiorski aient provoqué des réflexions aussi intéressantes; j'aurais certes, mauvaise grâce à contester que notre confrère pratique volontiers l'opération de Gritti; je dois cependant répondre à l'une des critiques que vient de lui adresser M. Championnière : ses opérés ont été suivis en général, assez longtemps, un an, quinze mois, dix-huit mois; l'un d'eux opéré en 1898, a été revu en 1903, marchant bien, et sur le moignon.

A côté du « Gritti », une autre question plus générale a été soulevée, celle des amputations ostéoplastiques. Sous ce rapport, je crois que la discussion peut se résumer par les très sages paroles de mon ami M. Delbet, qui est, sans doute parmi nous, celui qui a pratiqué le plus d'interventions de ce genre. Comme lui, je pense que la technique ostéoplastique est intéressante, et que, dans de bonnes conditions, il peut être séduisant d'y recourir, sans qu'il soit question, bien entendu, d'une méthode à généraliser; j'estime même que l'on peut lui trouver une indication plus particulière dans les cas ou l'on doit amputer très bas, et où il est très important de faire marcher l'opéré, le plus possible, sur le moignon. Ainsi en était-il chez le malade dont je vous ai parlé dans mon rapport et que j'ai amputé dans la région sus-malléolaire.

Rapports.

I *Contusion du rein. Néphrotomie. Guérison.* — II. *Castration abdominale pour troubles dysménorrhéiques avec imperforation du vagin*, par M. le Dr FOURNIER (d'Amiens).

Rapport par M. F. LEGUEU.

I. — La première observation de notre confrère a trait à un traumatisme du rein.

Il s'agit d'un individu de quarante-deux ans, qui le 2 octobre 1900 reçoit un coup de pied de cheval dans la région de l'hypocondre droit.

Le coup ne porte pas directement sur l'abdomen, mais sur l'avant-bras droit placé en flexion à ce niveau, à tel point qu'une périostite se développa sur le radius.

Le blessé tombe en syncope, a un vomissement; il revient bientôt à lui, reste en *anurie* pendant vingt heures, et est pris alors d'une hématurie abondante.

M. Fournier le voit le 16 octobre : l'hématurie continue, les caillots encombrent la vessie et nécessitent des sondages répétés. Dans le flanc droit, il y a une douleur très nette à la pression, et on perçoit à ce niveau une tuméfaction considérable. Le pouls est à 100, l'état général médiocre. Dans ces conditions M. Fournier se décide à opérer.

Il trouve au milieu d'adhérences récentes le rein extérieurement intact mais très augmenté de volume : il semble que la capsule du rein contienne un important hématome.

Et de fait, à l'incision, on voit que, entre les extrémités supérieure et inférieure du rein conservées, il y a un gros foyer de contusion ouvert en dedans dans le bassinet et recouvert en dehors et fermé par la capsule rénale doublée d'une faible épaisseur de tissu rénal conservé.

Après évacuation des caillots, le saignement se fait abondant et en nappe; la suture est impossible, on établit un tamponnement à la gaze.

Les premiers jours tout se passa bien, mais au bout de dix jours la température s'éleva à 39 degrés et les urines deviennent purulentes. De nouvelles hémorragies se font à la fois par la plaie et par la vessie. De ce côté, il y a encore des difficultés d'extraction, la sonde se bouche et n'est pas supportée.

Préoccupé de ces incidents vésicaux, M. Fournier pratique alors la taille hypogastrique, évacue des caillots et établit un drainage,

à la suite duquel la fièvre tombe, et l'amélioration se poursuit rapidement.

Une fistule vésicale persistante dut cependant être réparée par une opération ultérieure.

Tels sont, Messieurs, les principaux détails de l'observation de M. Fournier.

Dans ces ruptures sous-capsulaires du rein, la réparation se fait souvent seule et spontanée, mais ces foyers sont exposés cependant à deux inconvénients qui sont l'infection secondaire et l'hémorragie persistante. C'est pour cette dernière complication que M. Fournier a eu à intervenir, et il a bien fait de respecter et de conserver le rein, qui doit aujourd'hui prendre une part importante à la sécrétion urinaire.

Je me demande, par contre, si M. Fournier ne s'est pas un peu pressé de recourir à la taille hypogastrique pour évacuer les caillots d'une hémorragie secondaire. Il est vrai que les accidents et même la fièvre ont cédé à la fistulisation de la vessie, mais je me demande cependant si notre confrère n'aurait pas eu le même résultat en essayant d'abord de l'aspiration de ces caillots pratiquée avec la grosse sonde de lithotritie et la seringue.

II. — La deuxième observation de M. Fournier a trait à une *laparotomie pour troubles dysménorrhéiques avec imperforation du vagin.*

Une jeune fille de vingt-six ans souffre depuis longtemps d'une façon périodique, chaque mois, sans être réglée.

A l'âge de quatorze ans, elle a ressenti les premières douleurs, et depuis lors elles se sont reproduites tous les mois avec la plus parfaite régularité. Pendant ces crises, qui durent de vingt-quatre à trente-six heures, la malade souffre beaucoup surtout du côté gauche; dans l'intervalle, elle ne souffre plus, peut vaquer à ses occupations, mais la douleur persiste au palper du côté gauche.

A l'examen, la vulve est petite; le doigt est arrêté à trois centimètres de la vulve par un cul-de-sac, que le coït a sans doute agrandi; on sent un cordon fibreux partir du fond du cul-de-sac vaginal et remonter vers une induration qui paraît être l'utérus.

Sous le chloroforme, on sent que ce cordon fibreux chemine entre la vessie et le rectum, et remonte très haut, à gauche; il existe au niveau du détroit supérieur, en haut et à gauche, un véritable utérus accompagné d'annexes gauches un peu prolabées. Sur le bord droit de cet organe, on ne trouve pas d'annexes droites, mais on croit sentir un col utérin.

M. Fournier se propose alors d'aboucher le fond du cul-de-sac vaginal au segment inférieur de l'utérus. En s'aidant de la sonde

vésicale et du doigt rectal, il chemine entre la vessie et le rectum, mais à un moment il s'aperçoit qu'il va entrer dans le rectum; il change de direction, n'arrive pas à trouver le col, et, renonçant à continuer ce décollement pénible et qui eût pu être dangereux, il bourre à la gaze la cavité ainsi créée.

Quelques semaines plus tard, il pratique alors une laparotomie médiane et constate ce qui suit :

L'utérus a sa forme habituelle; sa corne gauche se continue par la trompe et l'ovaire gauche, légèrement prolabés. Le ligament rond de ce côté est à sa place habituelle, mais tout l'ensemble de ces organes est attiré à gauche de la ligne médiane contre la fosse iliaque et les vaisseaux iliaques. Le bord droit de l'utérus émet un prolongement ligamenteux qui se continue avec le fond de la vessie.

Il n'y a pas de col : ce qu'on avait pris pour le col n'est que l'extrémité supérieure épaissie du cordon fibreux qui part du vagin. La cavité de l'utérus est même très restreinte : il est donc évident que cet utérus ne peut être utilisé; on l'enlève, et la malade guérit sans incident.

Les douleurs ont disparu, ne se sont jamais reproduites : un an après, l'état restait excellent.

L'examen des organes enlevés montre que l'utérus ne consiste qu'en un bloc ayant la forme d'un cube de 3 ou 4 centimètres de dimensions : son bord gauche porte des annexes un peu petites, et le bord droit un simple repli ligamenteux. La coupe parallèle à l'axe de la trompe montre que la petite loge creusée dans le milieu du tissu utérin contiendrait à peine un noyau de cerise et ne communique même pas avec la cavité de la trompe; en outre cette cavité de la trompe n'existe que dans le tiers externe.

En somme, ces organes ne pouvaient fonctionner : il était tout naturel de les supprimer et la castration était absolument légitime.

Souvent, en, effet les lésions sont à ce point complexes et étendues dans ces malformations que toute tentative de restauration ne saurait réussir ; essayer dans ces conditions de refaire d'abord un vagin et surtout de l'aboucher à l'utérus, c'est s'exposer comme ici à faire une opération inutile et souvent nuisible. Je vois, en effet, en ce moment à Necker une malade qui a une fistule vésico-vaginale dans une imperforation vaginale : la vessie fut ouverte au cours de l'opération vaginale.

Aussi bien je pense, et c'est là où je voulais en venir, je pense que ces opérations de l'abouchement du vagin à l'utérus ne doivent être tentées qu'à coup sûr, c'est-à-dire quand on a la certitude de pouvoir faire la restauration dans des conditions avantageuses. Et dût cette certitude n'être acquise que par une laparotomie explo-

ratrice, je n'y verrais pour ma part aucun inconvénient et j'y verrais au contraire beaucoup d'avantages.

C'est grâce à cette exploration préliminaire que j'ai évité à une femme que j'ai soignée il y a quelques années une opération vaginale inutile. Elle avait un cul-de-sac vaginal imperforé; en même temps elle avait une hernie; avant de tenter l'abouchement du cul-de-sac vaginal à un utérus que je ne sentais pas ou mal, je pratiquai la cure radicale de la hernie avec le désir de profiter de cette voie pour faire l'exploration des organes internes. Bien m'en a pris : dans la hernie se trouvait un tout petit utérus, avec un seul ovaire et sans trompes perméables, le tout avait le volume d'une noix à peine. J'enlevai tous ces organes, je fis la cure radicale, et laissai à la physiologie le soin de dilater le cul-de-sac vaginal.

Je pense que cette pratique de la laparotomie préliminaire peut et doit être étendue à toute une série de cas où se pose le problème de la restauration vaginale, alors que par ailleurs l'exploration même sous le chloroforme ne donne pas tous les renseignements désirables.

L'observation de M. Fournier ne fait que confirmer ma manière de voir, et c'est à ce point de vue qu'elle me paraît intéressante.

Je vous propose donc de conserver dans nos archives les deux observations de M. Fournier et de lui adresser nos remerciements.

M. Hartmann. — Le principe posé par notre collègue Legueu, à savoir que, dans les cas d'imperforation du vagin où l'utérus ne semble pas situé immédiatement au contact du cul-de-sac imperforé, il y a lieu de pratiquer une laparotomie exploratrice, est un principe excellent. Comme il nous l'a dit, elle permet de se rendre compte de l'état des parties et de décider si, oui ou non, il y a lieu de tenter une reconstitution vagino-utérine. Elle a encore, à mon avis, un autre avantage, elle facilite les manœuvres lorsqu'on veut faire cette reconstitution. Les difficultés opératoires résultent principalement de ce qu'il est quelquefois difficile d'atteindre l'utérus. Fréquemment il arrive qu'au cours du décollement le chirurgien dévie vers le rectum, comme c'est arrivé à M. Fournier, vers la vessie, ou même latéralement, comme c'est arrivé à d'autres. L'ouverture préalable de l'abdomen, en permettant de refouler l'utérus vers le périnée, supprime en partie ces difficultés. La laparotomie exploratrice a donc non seulement l'avantage de nous mettre à même de poser avec certitude l'indication opératoire mais encore elle rend plus facile l'opération conservatrice, lorsque celle-ci est indiquée.

Imperforation cervico-vaginale. Laparotomie. Reconstitution du canal au moyen de l'épiderme et du derme empruntés à la face interne du bras dans un cas et à la face externe de la cuisse dans l'autre.

M. Tuffier. — J'étais inscrit pour une communication sur les imperforations utéro-vaginales et leur traitement. Puisque l'occasion se présente, je vais vous donner les deux observations qui servaient de base à ce mémoire.

Nous avons l'habitude d'aborder les imperforations utérines par le vagin et cette conduite paraît applicable à un certain nombre de cas. Toutefois, quand une *imperforation utéro-vaginale* présente une étendue notable qui sépare les deux cavités et surtout quand il existe du côté des annexes des lésions plus ou moins mal déterminées, la laparotomie peut être la voie d'élection pour aborder l'utérus et les lésions annexielles. On peut, par l'abdomen, arriver aussi simplement que par le vagin à reconstituer la partie manquante du canal utérin. Tel est le premier point que je voudrais établir.

Le second but que je me propose c'est de montrer que l'*épiderme et le derme peuvent être greffés sur le canal de nouvelle formation* et en assurer la perméabilité et la permanence.

Ces deux propositions sont basées sur les observations suivantes :

Obs. I. — La malade qui fait l'objet de cette observation est une jeune femme de vingt-huit ans, d'une santé générale que seuls les troubles menstruels pour lesquels la malade entre à l'hôpital Lariboisière le 5 janvier 1901 empêchent d'être parfaite.

Ces troubles consistent à une absence complète des règles.

La malade a quelques pertes blanches plus ou moins abondantes surtout entre le 20 et 25 de chaque mois, elle souffre de douleurs abdominales et pelviennes, de coliques utérines, son ventre augmente légèrement de volume à ce moment, mais elle n'a aucune émission de sang.

Dans les antécédents de la malade, on ne ne trouve aucune malformation, soit du côté des parents, soit du côté des consanguins. Pas de polydactylie, pas de bec-de-lièvre, aucun retard, aucune anomalie de développement.

L'examen de la malade montre un ventre en bissac; en appuyant légèrement sur la paroi abdominale on sent l'aorte battre sous les doigts. La palpation ne révèle aucune tumeur abdominale ou pelvienne.

La vulve paraît bien conformée, le périnée est normal; le méat urinaire est reporté assez loin en arrière et paraît dilaté. En introduisant une sonde dans la vessie, on n'arrive pas à la sentir par le toucher rectal, car entre la sonde et le doigt s'interpose une masse qui doit être l'utérus.

Cet organe descend par une sorte de cordon à environ 2 ou 3 centimètres de l'orifice vaginal.

Celui-ci, très petit, consiste en un cul-de-sac d'un centimètre et demi environ où l'on a beaucoup de peine à introduire le bout du doigt. Ce cul-de-sac est beaucoup moins large que l'orifice urétral. Le toucher rectal montre que cet orifice vaginal est adhérent à la masse utérine. En effet, par le toucher rectal, on sent sur la face antérieure une tumeur irrégulière adhérente aux parties latérales et au rectum.

De chaque côté deux ailerons se perdent dans la cavité pelvienne. Cette masse utérine est mobilisable jusqu'à un certain point, excepté en haut, retenue qu'elle est à sa partie inférieure par le petit cordon fibreux dont on a parlé plus haut.

Opération le 13 *janvier* 1901. Incision abdominale de 10 centimètres sur la ligne médiane; je trouve l'utérus et les annexes emprisonnés dans des adhérences très faciles à détacher.

On trouve sur ces organes de petits kystes dus à la transformation des vésicules de Graaf lors de la ponte ovulaire.

Ces ovules ne pouvaient passer dans l'utérus, ces adhérences aseptiques ont oblitéré le pavillon des deux trompes. Je romps ces adhérences, j'enlève les petits kystes et je cathétérise les trompes avec une sonde cannelée.

Attirant alors l'utérus en haut j'incise le péritoine sur sa partie antérieure, puis le tissu utérin lui-même. J'arrive sur le canal cervical. Je passe alors une sonde qui vient buter contre la paroi inférieure correspondant au cul-de-sac.

J'incise délicatement la paroi qui fait l'obstacle.

Je prends alors de la peau au bras gauche de la malade afin de faire une greffe épidermique.

Je suture cette peau autour d'une sonde en gomme aseptique, puis j'introduis cette sonde par le ventre dans l'orifice que j'ai formé.

Quand la peau est arrivée sur les parties avivées, je coupe les deux bouts de la sonde, je suture l'utérus et je ferme la paroi abdominale. Mèches abdominales. Pansement.

Les suites opératoires furent très simples. La température resta normale, le pouls oscilla entre 80 et 100 pulsations, l'état général de la malade resta parfait.

Deux jours après l'opération, j'enlève mes mèches abdominales et trois jours plus tard je retire la sonde qui vient très facilement; il reste à la partie inférieure du canal cervical une collerette de 2-3 millimètres d'épaisseur. Je fais faire un lavage d'eau bouillie, car il s'écoule de l'utérus des mucosités assez abondantes.

Le 1er février, dix-huit jours après l'opération, la malade, qui a eu ses règles normalement et sans grandes douleurs abdominales, quitte l'hôpital en parfait état.

Elle revint me voir un mois après. Elle venait d'avoir une

seconde fois ses règles. Le canal vaginal est assez large pour admettre une bougie n° 30.

Obs. II. — La malade qui fait l'objet de cette observation est une jeune fille albinos de vingt-trois ans, jouissant d'une santé parfaite et n'offrant rien à relever dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, elle n'a remarqué aucun phénomène de menstruation, ni écoulement sanguin, ni douleurs, ni cet état général spécial aux époques cataméniales. A vingt et un ans, elle a ses premiers rapports sexuels; à vingt-deux ans l'état que la malade avait caractérisé comme une apparition de règles se répète avec les mêmes phénomènes. Depuis cette époque la malade souffre à la fin des mois de douleurs dans les fosses iliaques surtout du côté gauche. Ce sont des douleurs lancinantes, expulsives, augmentant au moment de la défécation.

En examinant cette malade qui est d'apparence chétive mais bien conformée on ne trouve aucun signe de dégénérescence. A l'inspection de la région vulvaire il n'y a *a priori* rien d'anormal, mais, en écartant les deux petites lèvres qui sont très hypertrophiées et recouvertes sur leur face interne d'un épais feutrage de replis muqueux, on constate une oblitération complète du vagin, et, en cherchant à déprimer les tissus par la pulpe du doigt, on arrive entre deux replis muqueux qui encapuchonnent le doigt explorateur. Au centre de cette excavation s'ouvre un petit orifice que par le cathétérisme on reconnaît être le méat urinaire. En cherchant avec le plus grand soin on ne trouve pas le moindre pertuis pouvant conduire à l'utérus.

Le toucher abdominal révèle légèrement à gauche de la ligne médiane une petite masse arrondie et mobile. Par le palper abdominal, combiné au toucher rectal, on retrouve cette petite tumeur, qui paraît être l'utérus.

Opération. — En incisant l'abdomen je trouve dans la partie latérale gauche du petit bassin une masse irrégulière et, après avoir mis la malade en position déclive, je constate que cette masse est constituée par l'utérus, l'ovaire gauche et la trompe tendue, violacée, du volume d'un doigt. Il n'y a pas trace d'ovaire et de trompe droits. Le ligament rond existe seul de ce côté; il est tendu transversalement et vient sur la face antérieure de l'utérus qui lui-même est tordu de droite à gauche et d'arrière en avant si bien que son bord droit est antérieur. La trompe existante est tordue sur elle-même, oblitérée et gorgée de sang; elle adhère par son pavillon au gros intestin. En libérant l'orifice péritonéal de la trompe, j'évacue son contenu, puis je remets l'utérus en place normale en le détordant.

Le corps utérin est arrondi, du volume d'une petite mandarine allongée, mobile en bas et séparé par trois travers de doigt de la cavité vaginale avec laquelle il n'a aucun rapport. J'incise l'utérus sur la ligne médiane et je tombe dans sa cavité. La muqueuse me paraît saine, l'épaisseur des parois normale. Je fais faire une incision dans le vagin et fais cheminer une pince qui vient sortir près de l'utérus; je

la fais pénétrer dans la cavité utérine. Je prends alors un lambeau épidermique sur la cuisse gauche, je l'enroule autour d'une sonde urétrale n° 26, et, après l'avoir suturé et transformé ainsi en une gaine d'épiderme, la surface cruentée constituant la paroi externe, j'introduis par la cavité utérine cette sonde chargée de sa gaîne épidermique et la fais ressortir par le vagin.

J'assure ensuite la contiguïté des tissus par des sutures de la gaine au vagin et à l'utérus; je ferme alors la cavité utérine par une série de points de suture ainsi que je fais dans toutes les hystérotomies et je ferme la paroi abdominale en drainant. La sonde est maintenue en dehors par un fil sur un tampon. La grosse difficulté était surtout dans la minceur du ligament large, si bien qu'il était difficile de cheminer entre ses deux feuillets pour passer une sonde.

Quatre jours après je retire la sonde qui vient toute seule, la gaîne épidermique étant maintenue à sa place et je pose dans le canal cervical ainsi créé une sonde de Nélaton n° 18. Celle-ci étant rejetée par la malade à trois reprises, je la remplace par une sonde rigide n° 18 maintenue en place par un attelage de fils.

J'enlève cette sonde au bout de quatre jours et je laisse la malade tranquille. Comme au bout d'un mois environ elle se plaint de nouveau de douleurs lombo-abdominales sans émission de sang, je fais pratiquer une dilatation du canal cervical; la malade commence à perdre du sang pendant quatre jours avec tous les symptômes de la menstruation, et ses douleurs disparaissent. A l'heure actuelle ce trajet laisse passer un hystéromètre.

Je crois que ces deux faits prouvent bien que *la laparotomie s'impose* dans les cas analogues : si parfaite que puisse être l'exploration par le rectum et par la vessie, *exploration* simple ou combinée, il reste toujours une inconnue que seule la vue directe des lésions permet de supprimer. Ainsi chez ma première malade le toucher rectal faisait bien sentir, de chaque côté de l'utérus supposé, des masses irrégulières qui paraissaient être des salpingites ou des hémato-salpinx. Or, il s'agissait tout simplement de petits kystes péritubaires, les trompes et l'utérus étant absolument indemnes; et, fait plus curieux, il n'existait pas trace de sang ni dans l'utérus ni dans la trompe. Chez ma seconde malade l'utérus était peu développé et comme il adhérait à la trompe et à l'ovaire et qu'il était déjeté du côté gauche, nombre de médecins qui avaient examiné la malade, pensaient que toute cette masse était formée par la trompe.

La laparotomie a ce second avantage, c'est qu'*elle permet seule de prendre un parti thérapeutique* en connaissance de cause, qu'on se décide pour l'ablation partielle ou totale ou qu'on veuille reconstituer le canal cervico-vaginal. Enfin chez toutes les malades qui n'ont pas un hématomètre considérable, *elle permet seule de chercher*

et de trouver la cavité utérine et son extrémité inférieure alors que l'incision vaginale s'en va à l'aveuglette aborder difficilement un point quelconque de cette cavité. C'est ainsi que dans ma seconde opération, entre le corps utérin et le cul-de-sac vaginal, il existait 6 centimètres de ligament large constitué par les deux feuillets du péritoine et d'un peu de tissu cellulaire sans même qu'on puisse sentir un cordon fibreux capable d'orienter les recherches. Je ne vois pas comment une incision faite dans le cul-de-sac vaginal aurait pu mener à bien l'opération.

Quant aux procédés opératoires employés dans ce cas, je crois qu'il faut les diviser en deux classes : les uns se proposent de reconstituer un vagin physiologique, les autres un simple conduit anastomotique pour l'écoulement des règles. Je laisse volontairement de côté la première catégorie des faits; nous l'avons discutée autrefois ici même et la conclusion à peu près unanime a été que si les autoplasties arrivent à créer un vagin artificiel, ses capacités physiologiques ne sont, hélas ! que de courte durée.

La laparotomie et l'application des greffes dermo-épidermiques de Thirsch employées par Nové-Josserand à la reconstitution des canaux muqueux, permettent la création d'un canal artificiel définitif et vraiment facile à établir entre la cavité utérine et le vagin.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur la physiologie pathologique de ces imperforations cervico-vaginales. Ma première malade avait tous les mois un peu de ballonnement du ventre et des malaises. Or, ni ses trompes ni son utérus ne contenaient trace de sang; cependant la forme de ses ovaires et leur aspect cadraient bien avec une ovulation mensuelle; il a suffi de mettre en communication l'utérus et le vagin pour que les règles s'établissent mensuellement et normalement. Chez ma seconde malade il existait une malformation concomitante des annexes puisque trompe et ovaire droits manquaient. Malgré son âge et ses poussées menstruelles nous ne trouvâmes qu'un petit hémato-salpinx. Et cependant trompe et utérus étaient perméables.

Mais je borne à ces simples constatations la physiologie pathologique de ces malformations, n'ayant voulu ici appeler votre attention que sur leur thérapeutique.

Communication.

Dégénérescence cancéreuse du moignon après la subtotale pour fibrome,

par M. RICHELOT.

Je vous apporte et je résume en quelques mots un nouveau cas de cancer du moignon cervical après une hystérectomie subtotale pour fibrome.

J'ai fait cette opération le 18 juillet 1899, il y a cinq ans. Mme B..., âgée de quarante-quatre ans, avait un fibrome des plus simples, un utérus gros comme la moitié d'une tête d'adulte, qui lui donnait des règles toujours abondantes et des métrorragies assez graves. L'opération fut régulière et la malade guérit promptement. Je la revis en juillet 1900 et notai avec soin les phénomènes qu'elle présentait. Elle allait fort bien, en somme : indolence et souplesse parfaite dans le petit bassin, nerveuse, plutôt moins qu'avant l'opération ; très peu incommodée par les « bouffées de chaleur » ; très rhumatisante, et ayant des douleurs dans les épaules, le cou, les bras, les jambes. Son observation fut classée parmi celles qui peuvent servir à élucider la question des prétendus troubles nerveux post-opératoires ; elle m'intéressait par divers détails sur lesquels je n'insiste pas aujourd'hui.

Il y a quelques semaines, la malade vint me revoir, se plaignant de petits suintements sanguins, et je trouvai au fond du vagin une ulcération du moignon cervical, sur laquelle il n'était guère possible de conserver un doute. Je pris sur le col ulcéré un fragment que je confiai à M. Bender, préparateur à la Faculté ; l'examen histologique qu'il voulut bien faire démontra pleinement qu'il s'agissait d'un épithéliome. La malheureuse met ainsi le dernier trait au tableau qu'elle m'a donné l'occasion d'étudier une fois de plus, celui de l'arthritique nerveuse dont l'utérus d'abord scléreux, hypertrophique, produit des fibromes, et devient plus tard le siège d'une néoplasie maligne. Comme le moignon me paraissait mobile, sans infiltration autour de lui, et malade seulement à sa pointe, je résolus de l'enlever ; ce fut fait le 7 avril, et j'eus la chance de pouvoir extirper ce morceau d'utérus en respectant la vessie, et d'arriver partout sur des tissus souples et sains d'apparence. Sur la pièce, le cancer occupe, en effet, les deux lèvres du moignon sans atteindre la base, et j'espère avoir rendu quelque service à la malade.

Je vous donne ce nouvel exemple pour vous montrer encore

une fois que le fait est moins rare que vous ne le pensiez. Tout récemment, au Congrès de Rouen, la question de l'hystérectomie subtotale vint sur le tapis, un de nos collègues nous ayant communiqué ses idées sur la meilleure manière de drainer le moignon cervical lorsqu'il provoque autour de lui des accidents de suppuration. Je me hasardai à dire qu'au lieu d'avoir à drainer un foyer pelvien, il vaudrait mieux le rendre impossible en supprimant tout moignon cervical. Cette remarque n'a rien à voir avec la dégénérescence cancéreuse ; c'est un autre côté de la question. Mais elle permit à Segond de prendre la parole et de me dire qu'il n'était pas l'ennemi intransigeant de l'hystérectomie totale, qu'il faisait tantôt l'une et tantôt l'autre, et que, s'il avait contesté mon dire à la Société de Chirurgie, c'est parce que l'argument de la dégénérescence « ne tenait pas debout ». Or, l'argument ne tient pas debout si le cancer du moignon cervical est un pur effet du hasard, mais il est valable si les faits sont moins rares que vous ne le croyez, et si, consentant à regarder les arthritiques nerveuses d'un œil moins distrait, vous reconnaissez un jour que la sclérose utérine est le terrain propre au développement du cancer.

Les faits qui démontrent cette vérité s'observent couramment, et je comprends à peine qu'un d'entre vous ait pu les appeler « rarissimes ». Dans ma communication du 23 mars dernier, je vous ai cité de nouveaux exemples de cancers coïncidant avec des fibromes ou leur succédant ; j'en ai trouvé d'autres depuis lors (Richardson, *Boston med. and surg. Journal*, 14 janvier 1904). La série n'est pas épuisée et ne le sera pas de sitôt. Le Dr Soulié (d'Alger) m'envoie la relation d'un épithéliome du col utérin coexistant avec un polype fibreux intra-cavitaire et un fibrome calcifié de la paroi. Dans la *Semaine gynécologique* du 31 mai, qui vient de paraître, Pichevin publie l'observation d'une malade à qui on fit l'hystérectomie subtotale pour fibrome ; quand tout fut fini et le ventre fermé, on trouva dans la cavité utérine un cancer que nul symptôme n'avait fait soupçonner, et on regretta de n'avoir pas fait la totale. Dans un autre cas du même auteur, la totale fut faite pour un fibrome, et on découvrit dans la cavité cervicale un petit cancer au début — deux exemples en moins de deux mois. Pichevin en déduit « qu'il faut compter avec la dégénérescence maligne au cours de la fibro-myomatose ». Moi-même, j'aurais pu déjà vous citer une malade qui, l'année dernière, me fut envoyée de province par mon ancien interne, le Dr Ranglaret, et qui fut ensuite opérée par un charlatan ; elle avait un vieux fibrome et un col intact, mais des écoulements sanieux et des pertes sanguines reparues après soixante ans révélaient depuis quelques mois la présence d'un cancer de la cavité utérine. Enfin, j'ai observé tout

récemment trois malades chez lesquelles je trouve une confirmation éclatante des idées que j'ai émises.

La première, âge de quarante-huit ans, avait un fibrome utérin depuis quinze ans; au moment de mon examen, une ascite considérable gênait la respiration et augmentait rapidement; par le palper, on sentait de grosses tumeurs au milieu du liquide, occupant la région sus-pubienne et remontant jusque dans le flanc gauche ; au toucher, intégrité des lèvres du col, mais induration parcheminée et ulcération circonscrite dans le cul-de-sac vaginal postérieur. L'opération me fit découvrir un gros utérus bourré de fibromes de toutes dimensions; deux énormes kystes végétants des ovaires, nettement pédiculés et sans adhérences; enfin, le cancer qui, bien limité à quelques centimètres de la paroi vaginale, infiltrait malheureusement la partie voisine de l'excavation pelvienne. Certes, je ne veux pas dire que, dans le cas particulier, l'ablation totale de l'utérus, pratiquée dix ans plus tôt, eût empêché le développement d'un cancer qui avait pour siège non l'utérus, mais le cul-de-sac vaginal; je veux dire seulement qu'il ne faut pas parler de hasard quand nous voyons ces malades, après avoir traîné leur fibrome et réussi à n'en pas mourir, poursuivre logiquement leur carrière, continuer d'obéir à leurs tendances natives et faire un jour des tumeurs plus graves.

Ma seconde malade est une femme de soixante-cinq ans; son fibrome remonte à une époque éloignée; jusqu'à la ménopause, elle a mené une existence des plus pénibles, avec des pertes énormes; elle a réussi à ne pas mourir et la ménopause est venue. Mais ses misères ont continué; elle est diabétique, toujours souffrante, et maintes fois elle a consulté pour savoir ce qu'elle devait faire de son ventre. Comme de juste, on lui a répondu que la tumeur était endormie, négligeable, et qu'il suffisait de combattre la glycosurie. Moi-même je l'ai vue il y a deux ans et j'ai repoussé toute idée d'intervention, comme inutile pour le fibrome et dangereuse par le diabète. Mais aujourd'hui, la situation est changée : elle a passé un hiver déplorable, avec des douleurs pelviennes, des écoulements sanieux et sanguinolents. Elle trouve que la tumeur abdominale a augmenté de volume; le médecin du pays qu'elle habite, étonné de voir un fibrome évoluer à cet âge, trouve qu'il s'est « étalé vers la droite » et me demande pourquoi. A mon dernier examen, il n'y a rien au col; je ne trouve aucune différence dans le volume de l'utérus, mais il se peut que, pendant les poussées congestives et douloureuses, il paraisse à la malade plus pesant, et que la défense de la paroi abdominale fasse croire au médecin qu'il est plus gros. Quoi qu'il en soit, les douleurs, les contractions utérines, la nature des écoulements — retour des

pertes sanguines longtemps après la ménopause — ne me laissent aucun doute sur la présence d'un épithéliome intracavitaire.

Ainsi, voilà une femme qu'on a laissée malade pendant des années, souffrant et saignant, on n'a pas opéré son fibrome en voie d'évolution et menaçant la vie, on l'a menée à grand'peine jusqu'à la ménopause, alors on a respiré, chanté victoire, et le seul bienfait qu'elle retire de sa patience et de son long martyre, c'est d'être aujourd'hui cancéreuse.

Enfin, ma troisième malade est opérée de ce matin même. C'est une femme de quarante-deux ans; il y a dix ans déjà, elle avait un fibrome et son médecin lui conseilla l'opération. Elle a toujours refusé, car « elle ne souffrait pas »; pendant dix ans, la tumeur a évolué, elle est très volumineuse aujourd'hui. Puis, il y a un mois, la malade eut une grosse perte et se mit à souffrir; elle est encore loin d'être cachectique, mais elle cède à la douleur et demande l'opération : hélas! je lui trouve un énorme fongus saillant à travers un col largement dilaté, fixé dans le petit bassin, aux lèvres raccourcies et déchiquetées, et je suis réduit à faire le grattage de cette bouillie cancéreuse. Voilà ce qu'elle a gagné à lutter si longtemps contre son fibrome!

En parlant ainsi, je ne prétends pas que nous devions opérer indistinctement tous les fibromes « sous prétexte qu'ils peuvent devenir cancéreux ». L'expression est impropre et la doctrine abusive. J'ai assez dit, dans ma communication d'octobre dernier, qu'il faut surveiller ces tumeurs, parce qu'elles sont graves, mais n'opérer que celles qui sont hémorragiques, douloureuses et deviennent peu à peu menaçantes. J'ai dit qu'il était fâcheux de s'acharner à la conservation et de faire vivre les malades à force d'expédients, en présence d'un mal qui rend les meilleures années de la vie misérables et ne laisse pas la vieillesse elle-même à l'abri des surprises. J'ai dit enfin et je maintiens ceci : quand nous sommes mis en demeure d'opérer un fibrome par les raisons qu'admettent tous les chirurgiens prudents, il vaut mieux faire l'ablation totale que de laisser un moignon, parce qu'un utérus fibromateux n'est pas un utérus ordinaire, et que la partie laissée, au même titre que l'organe tout entier, a des raisons pour devenir cancéreuse.

M. Villemin, en son nom et au nom de M. Levasseur, lit une observation *sur un cas d'imperforation de l'œsophage.*

— Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Demoulin est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Symphise thoraco-brachiale consécutive à une brûlure. Autoplastie à grand lambeau, bon résultat. Guérison rapide de la surface ulcérée par les pansements au peroxyde de zinc.

M. Chaput. — M. L..., âgée, de vingt-sept ans, est tombée le 25 décembre 1901 sur un poêle cloche, pendant une attaque d'épilepsie ; ses vêtements s'étant enflammés, il en est résulté une large brûlure de l'épaule, du bras, du dos et du thorax qui eut comme conséquences : 1° une large adhérence de la face interne du bras au thorax s'étendant presque jusqu'au milieu de la hauteur de la face interne du bras. Cette adhérence ne permettait au coude de s'écarter du tronc que de 10 centimètres environ ; 2° une ulcération rebelle de l'épaule et du thorax très difficile à guérir qui persista jusqu'en mai 1904.

Pour remédier à l'adhérence du bras au thorax, le 2 février 1904, je perforai les parties molles au moyen d'une pince trocart, environ à la hauteur du bord inférieur du tendon du grand pectoral, et ressortant contre le bord axillaire de l'omoplate. Me servant de cette pince comme d'une sonde cannelée, je coupai tout le pont de tissus chargés.

Je taillai alors au devant du grand pectoral et du sein un grand lambeau de 12 centimètres de longueur sur 4 centimètres de large ; après l'avoir libéré à son extrémité inférieure et détaché complètement des parties profondes, ne le laissant adhérent qu'à son extrémité supérieure, je l'amenai en arrière en appliquant sa face cruentée sur la face interne du bras avivé et je le fixai dans cette position avec des sutures au crin de Florence. Je ne m'occupai pas de la surface cruentée correspondant au thorax, et je pansai la plaie ainsi que les ulcérations qui persistaient encore derrière l'omoplate avec du peroxyde de zinc en poudre et de la gaze aseptique. Pour maintenir le bras écarté du corps je plaçai à demeure un gros oreiller entre le bras et le thorax.

Le lambeau greffé vécut, à l'exception de 2 à 3 centimètres de son extrémité libre qui se sphacélèrent.

Les ulcérations de brûlure guérirent rapidement et en mai 1904 la guérison était complète.

La malade jadis absolument incapable de se servir de son bras jouit maintenant de mouvements étendus qui lui permettent de faire son ménage et de travailler.

Il est intéressant de constater le succès d'une autoplastie à très grand lambeau, sur une région occupée par du tissu cicatriciel à

vitalité très amoindrie, et chez une épileptique dont les accès répétés plusieurs fois par mois ramenaient des ulcérations et étaient de nature à déchirer les sutures.

Les ulcérations, rebelles pendant plus de deux ans, ont cicatrisé rapidement en quelques semaines sous l'influence du traitement par le peroxyde de zinc.

Luxation ancienne de la hanche dans la fosse iliaque.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un blessé âgé de cinquante-neuf ans, qui à la suite d'une chute de sa hauteur, il y a un an, présenta, après des soins très précaires, des douleurs et une claudication telle que tout travail lui devint impossible.

Il entra à l'hôpital Cochin le 13 avril 1904.

Je constatai les signes d'une luxation de la hanche dans la fosse iliaque, etc., avec limitation des mouvements, surtout de rotation et d'adduction, avec un raccourcissement réel de 4 centimètres.

La radiographie faite nous montra le déplacement de la tête.

J'hésitai beaucoup au point de vue de l'intervention. La démarche était tellement pénible que tout était permis, cet homme étant absolument infirme.

Avant de tenter une intervention sanglante je résolus de suivre le plan suivant :

Faire pendant quelques jours une traction continue, énergique, sur la tête, puis essayer la réduction sous chloroforme.

C'est ce qui fut fait le 27 avril dernier.

Pendant cinq jours, extension continue avec l'appareil Hennequin et un poids de 4, puis 5 kilogrammes.

Au bout de cinq jours, chloroformisation et tentatives de réduction par la méthode de Desprez.

Au bout de deux tentatives infructueuses, je sentis un déclanchement avec bruit caractéristique et je constatai la disparition des signes de la luxation, si ce n'est qu'il restait 1 cent. 5 de raccourcissement. Extension continue avec 3 kilogrammes pendant plusieurs jours, puis liberté des mouvements.

Depuis quinze jours massages et mobilisation.

La radiographie faite il y a quelques jours nous montre que la tête fémorale est encore plus élevée que du côté sain; elle n'est pas démonstrative, elle paraît même plaider contre la réduction. Mais le blessé marche de mieux en mieux et l'examen direct de l'ar-

ticulation nous montre qu'il n'y a certainement plus de luxation que le trochanter est sur la ligne de Nélaton, et que les mouvements sont faciles dans tous les sens.

Présentations de pièces.

M. Cange, médecin-major de l'armée, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, présente un *fibro-angiome de la fosse ptérygo-maxillaire.*

Corps étranger de la vessie.

M. F. Legueu. — Je vous présente un corps étranger de la vessie que j'ai enlevé par la taille hypogastrique. C'est un tube de caoutchouc, d'une longueur de 40 à 50 centimètres, replié sur lui-même et enroulé, qu'un homme de vingt-cinq ans s'était introduit dans la vessie.

Le corps étranger a séjourné un mois dans la vessie où il s'est incrusté de sels calcaires.

Le malade nous avait annoncé qu'il avait un tout petit bout de caoutchouc dans la vessie. M. Guyon introduisit le lithotriteur pour le saisir, mais il reconnut de suite le volume du corps étranger et n'insista pas. Je dus pratiquer la taille hypogastrique qui ne présenta rien de particulier.

Appendice avec coprolithe formé autour d'un clou de bride à sabot.

M. Demoulin, pour contribuer à l'histoire de l'appendicite par corps étrangers, présente un appendice enlevé à froid (difficilement, car il y avait de nombreuses adhérences à l'épiploon et à la fosse iliaque) et qui contenait un clou à bride de sabot. Ce clou formait le noyau d'un gros coprolithe. (Longueur du clou 1 centimètre).

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui avait eu, trois mois avant l'intervention, une crise aiguë d'une violence extrême.

Présentation d'instrument.

Sur un procédé simple de localisation des corps étrangers métalliques (projectiles) ou fragments osseux par la radioscopie.

M. Tuffier. — Je vous ai présenté ici-même, et depuis plusieurs années, une série de faits dans lesquels la localisation de projectiles avait pu être effectuée par des appareils de M. Contremoulins. Ces appareils sont très précis, mais très compliqués, très coûteux, et d'un maniement si difficile qu'ils ne sont guère applicables que par leur auteur. Tout en reconnaissant leur supériorité, je me suis demandé si en pratique, on ne pourrait se servir d'un moyen plus simple.

Le procédé que je vais vous décrire n'a rien d'original puisque le principe de la radioscopie appliqué à la localisation et à la recherche des corps étrangers a été posé par MM. Warluzel et Jollant au Congrès de Boulogne-sur-Mer, le 19 septembre 1899. L'appareil dont je me suis servi n'est que l'application de ce principe, joint au dispositif construit par M. Collin.

J'ai vu, au commencement du mois de décembre 1903, un officier russe qui avait été blessé par une balle de revolver d'ordonnance. L'accident était arrivé en avril 1902. Le projectile avait pénétré sous le mamelon gauche, en un point que je ne puis fixer, comme vous le verrez. Immédiatement après l'accident, le blessé avait eu une syncope, puis une hémoptysie, et, pendant sept jours, il était resté fortement obnubilé, avec des accidents de septicémie progressivement croissants. Le septième jour, le professeur Postnikoff (de Moscou) débrida le foyer et pinça, paraît-il une artère qui saignait. Les accidents septiques s'amendèrent peu à peu, mais il resta une fistule persistante et suppurant assez abondamment. Six mois après l'accident (octobre 1902), le professeur Pawlow (de St-Pétersbourg) fit une résection costale antérieure, au niveau de la fistule, sans parvenir à extraire le corps étranger. Cette opération avait été faite sur les conseils de von Bergmann (de Berlin). La fistule persista, au milieu d'un tissu de cicatrice dur, profondément adhérent, et comme les accidents ne s'amendaient en aucune façon, je fus appelé à voir le malade avec M. le Dr Mircouche.

Je constatai, au fond d'une cicatrice siégeant au dessous de la pointe du cœur et au milieu d'une induration profonde, un trajet fistuleux suppurant abondamment. L'exploration méthodique de ce trajet conduisait dans le thorax, et, malgré tous les procédés les plus variés pour pénétrer très profondément, il me fut impos-

sible de pénétrer au delà de 6 centimètres. Pensant que cette fistule ne pouvait être entretenue que par la présence d'un corps étranger septique, probablement un fragment de vêtement, je fis rechercher le siège de la balle par la radioscopie qui, d'abord, resta insuffisante. On me déclara toutefois qu'une radiographie avait localisé la balle *dans la paroi* postérieure du thorax derrière la septième côte.

Je priai alors mon collègue et ami, M. Béclère, d'examiner ce malade, et j'assistai à cet examen. Par la *radioscopie*, nous vîmes très nettement la balle, située au niveau du 1/3 inférieur du thorax, *monter et descendre avec les mouvements respiratoires*. Elle n'était donc point dans la paroi postérieure mais au-dessus ou au-dessous du diaphragme. La radioscopie nous avait donc donné un résultat bien supérieur à la radiographie. Pratiquant alors la radioscopie suivant le rayon normal, et dans deux positions différentes, nous marquâmes immédiatement sur le sujet les points d'entrée et de sortie du rayon : l'entrecroisement de ces deux rayons nous donnait le siège du projectile. Appréciant sur le thorax lui-même la profondeur à laquelle s'entrecroisaient ces deux lignes, nous pensâmes que le projectile siégeait sous le diaphragme, probablement dans la rate.

On ne pouvait donc songer à utiliser le trajet fistuleux antérieur pour pénétrer jusqu'au niveau de cet organe, et nous résolûmes d'attaquer la lésion par le chemin le plus court, c'est-à-dire par la partie postéro-latérale du thorax au niveau de la 8[e] côte. Pour être certain de retrouver pendant l'opération le siège exact du projectile, il fallait déterminer et retrouver le point d'entrecroisement des deux rayons déterminés par la radioscopie. Le fait nous parut extrêmement simple à réaliser au moyen d'une bande de métal et d'un index.

J'appliquai en conséquence une simple bande métallique en aluminium — nullement destinée à cet effet, d'ailleurs — sur le thorax de mon malade, placé dans la même position que pour la radioscopie. Je marquai sur cette lame le point d'entrée et le point de sortie de chaque rayon, puis ayant enlevé la lame, je réunis ces quatre points par deux fils, et à leur point d'entrecroisement je fis affleurer la pointe de l'index. J'avais ainsi un appareil me permettant de retrouver, en cours de route, le siège exact de mon projectile.

Je passe sur les détails opératoires. Avec l'aide de mes élèves Desfosses et de Clisson, je réséquai le 8[e] côte, je fis une incision transpleuro-diaphragmatique, et mon aiguille indicatrice me conduisit directement sur la balle, située dans la partie superficielle de la rate adhérente à ce niveau. Je l'extirpai avec les parties

blanches que vous voyez autour d'elle et qui sont des fragments de bourre ou de vêtement. Je réunis la plaie par première intention en laissant un drain. Je me contentai ensuite de débrider la fistule et la cicatrice antérieure et je fis un curettage aussi profond et aussi soigneux que je pus, sans risquer de rouvrir le vaisseau périphérique qui avait saigné à la première opération.

Les suites opératoires furent simples et mon malade semblait guéri, si bien qu'au septième jour je lui avais permis de changer de lit. Cet homme, très vigoureux, très violent, se sentait si bien qu'il outrepassa ma permission. Il se leva, s'habilla, marcha dans sa chambre, reçut des amis et s'agita tant et si bien que, dans un mouvement violent, il ressentit une douleur aiguë au niveau de sa plaie et fut pris en même temps de suffocations assez vives. Le soir je le trouvai en proie à une dyspnée violente et nous constations un pneumothorax presque complet. Le pouls était petit, serré, précipité, la température à 38°4 ; le lendemain les accidents s'aggravaient et, malgré tout ce que nous pûmes faire, le malade succomba. L'autopsie, qui fut pratiquée seulement sur le thorax, montra un pneumothorax gauche et une rétraction du poumon de ce côté.

Nous avons essayé ce même procédé dans un cas aussi difficile comme localisation. Il s'agissait d'un projectile entré au-dessus de l'œil gauche dans l'orbite et ayant pénétré à une profondeur qu'il s'agissait de préciser, et je vous ai présenté le malade guéri le 13 février dernier.

Voici l'histoire de ce malade :

Obs. II. Au mois de mai 1900, en maniant sans précaution un revolver, ce jeune homme est atteint par une balle qui pénètre au-dessus de l'œil gauche, entre le pôle supérieur du globe et le rebord orbitaire. Il saigne abondamment, mais ne perd pas connaissance, peut descendre deux étages sans aide et venir à pied à Beaujon de l'avenue de l'Alma où il habitait, accompagné par un camarade. Il entre dans le service de M. Berger. Outre l'hémorragie, on constate comme seuls signes une abolition totale de la vision pour la partie nasale et la partie inférieure du champ visuel de l'œil du côté atteint, et une céphalée qui dure cinq ou six jours. On constate par la radiographie que le malade porte une balle dans la tête, mais comme il ne présentait plus aucun trouble, hormis les signes visuels déjà décrits, il quitta l'hôpital après un séjour de deux semaines. Depuis, aucune modification dans son état. La santé générale est excellente. Quelques jours avant son entrée dans le service, il commence à souffrir de douleurs de tête à type *migraine*, siégeant dans toute la moitié droite de la tête, sans localisation maxima, continues, assez fortes pour l'inquiéter

et le déterminer à venir à l'hôpital. Les maux de tête ne sont pas exagérés par la pression ou la percussion en aucun point du crâne.

En examinant le malade, on trouve la trace de l'orifice d'entrée de la balle sous l'aspect d'une très petite cicatrice à peine visible. Les mouvements du globe oculaire gauche sont possibles. La pupille, de ce côté, est plus dilatée que la pupille droite, mais elle réagit et à la lumière et à l'accommodation. Le malade, qui paraît avoir eu après son traumatisme un peu de diplopie, s'en est accommodé ; il voit et il lit sans difficulté. On trouve une abolition totale de la vision dans la partie nasale et la partie supérieure du champ visuel de l'œil gauche. La vision persiste dans le reste du champ visuel. Aucun trouble à signaler. Dans les jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, le malade sent disparaître ses maux de tête.

M. Beclère par la radioscopie détermina le siège du projectile. Pour cela il fut localisé suivant le rayon normal dans deux directions perpendiculaires l'une à l'autre, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale. La barre métallique et les deux cordes tendues suivant les rayons d'entrée et de sortie dans ces deux directions nous montraient que l'entrecroisement se faisait environ à 4 centimètres de profondeur au niveau de la fosse temporale.

L'appareil et l'aiguille indicatrice furent réglés sur ce point d'entrecroisement et en nous reportant à cette distance sur le squelette nous vîmes qu'elle correspondait à la partie inférieure du lobe frontal au niveau du tiers supérieur de la paroi supéro-externe de l'orbite. Je résolus donc de suivre la voie orbitaire pour aller à la recherche du corps étranger. J'ai incisé la peau au niveau du bord inférieur de l'arcade orbitaire à son tiers moyen et son tiers externe. Je pénétrai dans l'orbite en refoulant en dedans et en protégeant la glande lacrymale et le globe de l'œil.

Arrivé au niveau de la partie postérieure de l'angle supéro-externe de l'orbite, je sentis une irrégularité à la surface de l'os. Je fis appliquer l'appareil indicateur et je vis que l'aiguille se dirigeait exactement sur ce point, mais il restait encore un centimètre en haut et en dedans avant d'arriver sur le projectile. Il était donc intra-cranien. Je réséquai alors, à partir du bord orbitaire, la paroi supérieure de l'orbite jusqu'à la dure-mère, j'arrivai sur cette petite surface rugueuse que j'extirpai et je la trouvai constituée par des irrégularités osseuses au milieu desquelles se trouvait un petit fragment de plomb de la grosseur d'une petite tête d'épingle.

Cette partie réséquée et toujours guidé par mon aiguille je trouvai la dure-mère adhérente; je n'étais plus qu'à quelques millimètres du corps étranger, j'incisai à nouveau la membrane

dure-mérienne, du liquide céphalo-rachidien s'écoula et je trouvai au point exact la balle volumineuse que vous voyez, qui était engagée à la partie supérieure du lobe frontal si bien qu'à sa surface, parmi ses aspérités, on voit encore de la substance cérébrale. Drainage et réunion par première intention. Guérison.

Obs. III. Je tiens à rapporter ces deux faits puisqu'ils sont typiques et que l'extraction était particulièrement difficile. J'en possède un troisième dans lequel j'allai chercher une petite balle Flobert dans le creux de la main, mais pour ce genre de recherches nous possédons plusieurs moyens de repérage et c'est pourquoi je n'insiste pas. Je joins à ces observations le dessin de l'appareil qui m'a servi, parce que chacun de nous peut le réaliser à très bon compte, et j'y ajouterai la technique que je crois devoir être suivie en pareil cas.

L'appareil se compose d'une lame de métal malléable (cuivre rouge, ou, mieux, aluminium, ce dernier métal n'ayant d'autre avantage que sa malléabilité parfaite, son absence d'élasticité et sa facile traversée par les rayons X). L'appareil indicateur, que tout le monde peut construire (de M. Collin), comprend un curseur à vis sur lequel est montée une tige indicatrice mobile dans tous les plans (aiguille de Contremoulins). C'est vous dire que rien ne m'est personnel dans ce dispositif, j'ai pris à chaque procédé ce que je croyais pratique.

Voici maintenant la technique à suivre pour la localisation d'un projectile dans un membre ou dans le thorax ou dans la tête :

Prenons pour exemple une localisation dans le thorax. La technique comprend deux temps : a) la *radioscopie*, b) le *repérage*.

a) *Radioscopie.* Le sujet est placé dans une position simple, celle qu'il aura probablement pour l'opération. Pour que cette position soit bien déterminée, vous n'avez qu'à placer sur quatre points mobiles du corps quatre marques au nitrate d'argent; elles devront se retrouver dans la même position géométrique quand on reprendra le malade. Ceci fait vous examinez le sujet devant l'écran et vous faites passer le rayon normal par le projectile. Rien n'est plus facile que de marquer les points d'entrée et de sortie de ce rayon sur le thorax : il vous suffit, pour marquer le point postérieur, d'appliquer la pointe d'une plume en arrière, juste au centre du projectile, et d'agir de même en avant du thorax; vous avez ainsi le rayon normal passant par le projectile. Faites alors légèrement tourner le malade, et marquez de même les deux points d'entrée et de sortie du rayon en arrière et en avant du thorax, par un signe différent que pour les deux premiers points, afin de les reconnaître plus facilement — et votre opération est alors terminée.

b) *Repérage*. Ayant les deux points d'entrée et de sortie des rayons et la position du malade, il vous suffit d'appliquer à leur niveau la bande d'aluminium et de marquer le siège exact de cette lame en indiquant ses deux extrémités par quelques pointes de feu. Vous pourrez ainsi toujours placer cette lame dans la situation exacte où vous l'avez mise la première fois. Vous enlevez alors cette empreinte métallique munie de ses quatre marques, vous tendez deux fils dont les extrémités passent aux points indiqués, et l'entrecroisement de ces deux fils nous donne la situation exacte des projectiles. A la rigueur, cette détermination pourrait vous suffire, puisqu'elle vous indique nettement la situation du corps étranger par rapport à chaque point de la périphérie du corps; mais je la crois insuffisante pour la sécurité du chirurgien qui, pendant l'opération, peut voir survenir différents incidents et même être dans la nécessité de repérer en toute circonstance le corps étranger. C'est pour cela que vous montez sur la tige métallique l'aiguille indicatrice dont la base fait corps avec la lame métallique et dont la pointe indique exactement le point d'entrecroisement des fils, c'est-à-dire le centre du projectile.

Cet appareil, extrêmement simple, est parfaitement stérilisable. Il peut être employé en toutes circonstances, et je le crois parfaitement suffisant pour la localisation chirurgicale des projectiles. Je crois donc qu'il peut nous rendre les plus grands services.

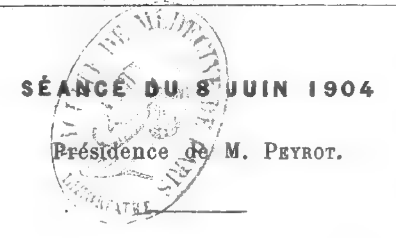
Je tiens, en terminant, à répéter que cette technique est tellement simple qu'elle a dû être employée par nombre de chirurgiens.

Le Secrétaire annuel,

DELORME.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 JUIN 1904



Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Des lettres de MM. CHEVALIER, VILLEMIN et RIEFFEL qui demandent à être inscrits sur la liste des candidats à une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

M. POUSSON, membre correspondant, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur la dégénérescence cancéreuse du moignon après l'hystérectomie subtotale pour fibrome.

M. BAZY. — Jeudi dernier, c'est-à-dire le lendemain du jour où M. Richelot venait nous apporter de nouveaux faits de dégénérescence cancéreuse du moignon après hystérectomie subtotale pour fibrome, je voyais arriver dans mon service une malade qui me rappela que je l'avais opérée en 1898 à l'hôpital Saint-Louis

pour un fibrome ; qu'elle s'était très bien portée depuis, et qu'elle venait me voir, parce qu'elle avait un écoulement vaginal rougeâtre et des douleurs depuis plusieurs mois.

Comme je fais indifféremment des hystérectomies totales et subtotales, suivant la facilité plus ou plus grande que j'ai à atteindre le col utérin, je pensai tout de suite à M. Richelot et je crus qu'il s'agissait d'un cas de dégénérescence cancéreuse du moignon.

Je fis apporter le registre des opérations, et en attendant, examinai la malade : or je constatai un épithélioma du fond et de la paroi antérieure du vagin, avec destruction et perforation de la cloison vésico-vaginale.

Or, le registre des opérations est très explicite. Non seulement le titre de l'opération porte le mot : hystérectomie totale, mais la description est celle d'une totale, parce qu'il est question *d'incision du vagin*, *de cautérisation de la muqueuse vaginale*, *de suture en surjet des parois vaginales.*

Voilà donc une hystérectomie totale qui a été insuffisante à mettre la malade à l'abri d'une dégénérescence cancéreuse de la région opérée.

Pour être dans la vérité, peut-être serait-il bon de faire une statistique des cas de fibromes compliqués de cancer du col que l'on observe, d'en faire le pourcentage par rapport aux cas de fibromes purs, les comparer aux cas de cancer survenus après hystérectomies subtotales, et alors peut-être ne faudrait-il voir dans ces cas de dégénérescence cancéreuse qu'une coïncidence.

Il y aurait dans la région, col ou vagin, chez certaines femmes, un locus minoris resistentiæ pour le développement des lésions épithéliales, et ces lésions se développeraient quand serait venu, pour les cellules, le moment de proliférer anormalement. Si le col est absent, elles se développeront dans le vagin. L'avenir nous montrera si cette manière de voir est vraie.

Voici, du reste, l'observation de la malade précédée de la relation de l'opération.

Observation. — G..., M..., cuisinière, cinquante-quatre ans, opérée le 22 juillet 1898 : Hystérectomie abdominale totale pour fibrome et salpingite suppurée gauche :

Incision médiane de 15 centimètres environ allant de l'ombilic au pubis. Après avoir traversé la couche graisseuse sous-cutanée, on ouvre l'abdomen et l'on constate que la vessie remonte derrière la paroi abdominale antérieure. L'abdomen ouvert, l'on constate des adhérences de l'épiploon à la tumeur du côté gauche, et de la face postérieure de la vessie à cette tumeur. Après avoir détaché ces adhérences, on extrait la tumeur au moyen du tire-bouchon. On va cueillir dans le petit bassin les annexes droites puis les annexes gauches, les-

quelles sont augmentées de volume, indurées. En rompant des adhérences, on ouvre un abcès placé au niveau du pavillon de la trompe : le pus est séreux, blanchâtre, très odorant. Les anses intestinales sont protégés par des compresses. On achève l'ablation de l'utérus comme de coutume : pincement des ligaments larges, des utérines, détachement d'un lambeau péritonéal en avant de l'utérus. *Section du vagin. Cautérisation de la muqueuse vaginale. Suture en surjet des parois vaginales*, ligature des pédicules vasculaires; suture du péritoine, drain. Surjet au catgut.

La malade revient dans le service, le 2 juin 1904.

Elle dit souffrir au niveau de la région pelvienne depuis un mois environ, et depuis deux mois avoir des pertes rougeâtres.

L'on constate un prolapsus rectal. Sur la face vaginale de la cloison recto-vaginale existe une ulcération.

Le doigt introduit dans le vagin tombe sur des indurations occupant toute la paroi antérieure et le fond de l'organe. Le doigt revient du vagin recouvert de sanies et d'un liquide rougeâtre qui fait croire assez à de l'urine. La malade raconte d'ailleurs qu'elle perd son urine depuis deux jours. — La malade venant d'uriner, une sonde introduite dans la vessie n'en ramène qu'un peu de liquide purulent. Une solution de bleu de méthylène injectée dans la vessie, passe dans la cavité vaginale.

Après introduction d'une valve, l'on peut voir au fond du vagin une surface framboisée, panachée de rouge et de noir, comme s'il y avait là une ulcération. Cette ulcération est saignante.

La malade présente en outre une éventration latérale.

M. Tuffier. — Cette coïncidence anatomique n'est pas rare, et cette semaine encore j'ai opéré à Beaujon un épithélioma du col au début et j'ai trouvé dans le corps utérin deux fibromes du volume d'une noix ; mais de là à conclure que l'hystérectomie supravaginale si simple et si bénigne doit céder le pas à l'ablation totale, par crainte de cancérisation ultérieure du col, il y a une distance que je ne puis franchir.

M. Routier. — Je prends la parole pour dire que ces dégénérescences cancéreuses sont des coïncidences et non des conséquences.

J'ai vu ce matin une malade à qui j'ai en 1887 enlevé les deux ovaires et les deux trompes pour des pyosalpinx graves.

Elle s'est bien portée depuis 1887 jusqu'à il y a trois mois ; à ce moment il est apparu du sang dans le vagin et la pauvre femme a un épouvantable cancer du col utérin et du fond du vagin.

Je ne puis voir là qu'une coïncidence ; je vous prie de remarquer que malgré la castration cette femme est devenue cancéreuse. Pouvais-je songer en 1887 à pratiquer une hystérectomie? Non, certainement. Je persiste à croire que l'hystérectomie subtotale est encore une excellente opération.

M. Beurnier. — A propos de cette discussion, je crois devoir apporter un fait que je viens d'observer dans mon service de gynécologie à l'hôpital Tenon, et qui m'a paru intéressant.

Il s'agit d'une malade à laquelle furent enlevés, il y a cinq ans, par la voie vaginale deux polypes fibreux utérins.

A la fin de 1902, elle subit une hystérectomie totale pour fibrome volumineux. Tout alla bien jusqu'au commencement de cette année ; à ce moment, elle se mit à souffrir au niveau de la partie profonde du vagin et à remarquer de légers écoulements rosés.

Actuellement, elle présente au niveau de la cicatrice vaginale un épithélioma ulcéré, facile à constater à la vue et au toucher ; de la partie supérieure de cette cicatrice part une tumeur abdominale en chou-fleur, végétante, du volume du poing environ, adhérente au rectum et à la vessie. La marche très rapide de ce néoplasme et les délabrements nécessaires pour enlever cette tumeur, ainsi que l'état général très affaibli de cette malade, m'ont décidé à l'abstention.

Je tenais à rapporter ce fait, qui montre qu'un épithélioma peut se développer sur la cicatrice d'une hystérectomie totale, aussi bien peut-être que sur un moignon d'hystérectomie subtotale.

M. Ricard. — Je dois opérer demain une dame atteinte d'un très volumineux fibrome de l'utérus, qu'elle garde depuis des années. Quelques pertes survenues, il y a plusieurs semaines, l'amenèrent à me consulter. Si un examen attentif ne m'eût pas permis de découvrir sur le col utérin un épithélioma au début, quelques mois après l'hystérectomie, on eût pensé à une dégénérescence secondaire du col alors qu'en réalité il y avait coexistence de fibrome et de cancer.

Sur la gastro-entérostomie.

M. Ricard. — Je partage les mêmes opinions que les différents orateurs qui m'ont précédé à cette tribune. Leur communication me permettra donc de résumer en quelques mots ce que je dois dire.

De la discussion si intéressante soulevée par M. Quénu, deux ordres de faits restent acquis.

Le premier, c'est qu'il ne faut pas intervenir dans la période d'hémorragie aiguë. L'intervention est alors dangereuse et inutile. Dangereuse, parce qu'elle est longue et difficile, et s'adresse à des sujets déjà épuisés, parce que ce retournement et cette inversion

de la muqueuse gastrique ne vont pas sans quelques dangers de septicité, et enfin elle est inutile parce que la plupart du temps, sinon toujours, il est impossible de découvrir et de lier le vaisseau qui saigne. La mortalité opératoire surpasse de beaucoup la mortalité très réduite de l'abstention chirurgicale.

Le deuxième ordre de faits acquis est que l'on ne doit opérer que les ulcères en voie de complication. L'ulcère simple, en tant qu'ulcère, est justiciable du traitement médical.

Ce n'est que lorsque la médecine a dit son dernier mot, lorsqu'elle s'est montrée impuissante pour arrêter l'évolution de l'ulcère et en prévenir les complications, que la chirurgie doit intervenir.

Et elle interviendra pour remédier aussi bien aux sténoses post-ulcéreuses, qu'aux hémorragies répétées, à la périgastrite, aux digestions douloureuses, etc.

Dans ces cas, quelle doit être l'intervention? Mon expérience est déjà grande en pareille matière — car je suis certainement intervenu dans plus de cent cas d'ulcères gastriques : il y a quelques années, j'espérais trouver dans l'exérèse de l'ulcère le remède efficace, mais j'ai dû y renoncer car l'opération est laborieuse ; la perte de substance laissée par l'exérèse est considérable, malgré la petitesse apparente de l'ulcère, et sa réparation laisse un estomac déformé, bizarre d'aspect, pour le bon fonctionnement duquel on est conduit à pratiquer la gastro-entérostomie par laquelle on aurait dû commencer et à laquelle on eût dû se borner.

Aujourd'hui, des milliers de faits se sont prononcés en faveur de la gastro-entérostomie qui est la seule opération à conseiller. Bien qu'après la confection de la bouche gastro-intestinale, l'estomac continue à fonctionner comme réservoir, bien que, contrairement à ce que l'on avait pensé, il ne se laisse pas traverser par les aliments à la façon d'un simple entonnoir, il ne s'ensuit pas moins que la gastro-entérostomie met l'estomac dans de meilleures conditions de guérison.

Mais on comprend que cette opération ne jugule pas l'ulcère et n'arrête pas instantanément sa marche. Aussi les cas semblables à celui de M. Quénu n'ont rien de surprenant. En dehors des cas de sténose, quand on opère pour un ulcère en évolution, l'estomac n'est pas guéri par l'intervention, les douleurs ne disparaissent pas de ce fait, les digestions ne deviennent immédiatement ni régulières ni rapides, mais le traitement médical qui jusqu'alors était impuissant devient plus efficace. Les opérés, qui continuent à se soigner médicalement, guérissent, et l'on assiste à un retour complet à la santé, résultat qui n'a pu s'obtenir que grâce à l'intervention chirurgicale

Je conclus donc en disant que la gastro-entérostomie est encore l'opération de choix à opposer à l'ulcère gastrique rebelle au traitement médical, mais cette intervention n'est qu'une étape dans le traitement; les soins médicaux doivent être repris et continués après l'intervention.

Drainage des voies biliaires.

M. ARROU. — J'ai demandé la parole pour apporter à la Société de Chirurgie quelques faits d'angiocholite grave traités avec succès par le drainage de la vésicule.

Si je recueillais tous les cas auxquels j'ai été plus ou moins directement mêlé, nous arriverions, je crois, à la dizaine. Mais trois seulement me sont personnels, et c'est de ceux-là que je vais dire quelques mots.

Le premier concerne une jeune femme de trente-deux ans, qui vint me trouver à l'hôpital Saint-Antoine, avec un ictère datant de deux jours, pendant les vacances de 1902. Le pouls ni la respiration ne me donnaient de souci, non plus que l'état de la langue; mais la température était à 38°5, et il y avait une sensation prononcée de fatigue générale. Le soir, 39 degrés. Le lendemain, 39 degrés encore, puis 39°5. Le cinquième jour au matin, la température atteignant 39°8, et le pouls 110, je pratiquai d'urgence une *fistulisation vésiculaire*. Dans une vésicule normale, appendue à un foie ni trop gros ni trop petit, je trouvai deux calculs d'extraction facile bien que volumineux. Un drain fut mis en place, et dès le soir la température tombait à 38 degrés, pour revenir le lendemain à la normale, et ne plus s'en écarter.

Mais il y a un autre détail dans l'histoire de cette femme, lequel, d'ailleurs, se retrouve dans mes deux dernières observations. Au cours de l'intervention, mon doigt avait rencontré, très loin, dans le cholédoque certainement, un calcul qu'il me paraissait bien difficile de mobiliser et d'extraire par l'incision latérale verticale. Brancher sur celle-ci une incision oblique, je ne le voulus point faire, songeant à mon 39°8, à la faiblesse de ma malade et à la facilité d'infection abdominale par deux écoulements juxtaposés de bile microbienne. Je remis donc à une deuxième intervention l'ablation de son calcul.

Ce qui fut fait. Vers le soixantième jour, M. Monod, rentré de vacances, pratiqua une taille du cholédoque par la ligne médiane, retira un calcul, draina sans suture, et tout se passe le mieux du monde. La fistule vésiculaire se tarit d'emblée; celle du cholé-

doque se ferma avant la fin de la première semaine, et toute l'histoire de ma malade finit là. Elle est revenue à différentes reprises à l'hôpital remercier ceux qui l'avaient soignée, et les rendre témoins de sa bonne santé.

Mon deuxième cas est presque superposable à celui-là. Il s'en distingue cependant par le fait que la malade, — encore une femme, — est âgée de cinquante-deux ans, et qu'il y a un grand nombre de coliques hépatiques dans son histoire. Elle me fut montrée, au cours des dernières vacances de Pâques, par notre collègue Mosny, dans le service duquel elle se trouvait à Saint-Antoine. C'était le tableau classique de l'obstruction du cholédoque par calcul : ictère verdâtre, urine foncée, matières constamment décolorées, foie un peu gros et vaguement douloureux, vésicule non perceptible. La fièvre n'était pas très élevée, mais continue, et la perte des forces allait s'accentuant. Notre collègue Mosny me demanda lui-même de drainer la vésicule pour parer aux accidents infectieux, me laissant juge de la conduite à tenir vis-à-vis du calcul infiniment probable, sinon certain, arrêté dans le cholédoque.

Cette malade était très affaiblie. Nous convînmes donc tous deux de parer aux accidents les plus pressants — c'est-à-dire aux phénomènes d'angiocholite — par un drainage de la vésicule, et de remettre à une séance ultérieure l'ablation du calcul plus profond, si calcul il y avait.

Ce qui fut fait. L'incision transmusculaire verticale me mena sur une vésicule normale, sans adhérences, d'où je retirai deux gros calculs et de la poussière calculeuse. Le drainage conduisit à l'extérieur des quantités énormes de bile, rien ne passant par l'intestin ; mais la fièvre tomba et ne se releva plus.

En cours de route, j'avais trouvé, très profondément, mais cependant au-dessus du duodénum, un très gros calcul arrêté dans le cholédocque. Ce calcul a été extrait ces jours derniers par M. Monod, au moyen de l'incision médiane. Le reste de l'observation lui appartient donc ; mais je puis au moins dire que les suites ont été les plus normales du monde, et que c'est là un nouveau cas de guérison.

Mon troisième cas est plus intéressant, en raison de l'intensité des phénomènes généraux, et du long temps pendant lequel la guérison est restée indécise.

Le 13 mars dernier, M. Walther me fait l'honneur de me confier une jeune femme de trente ans, dont il ne peut se charger lui-même, et qu'il s'agit cependant de secourir sans retard. Son

histoire comporte toute une série de coliques hépatiques, au moins une vingtaine, la dernière datant à peine de trois jours. Mais celle-ci est compliquée d'accidents infectieux des plus graves, dont l'éclosion subite remonte à quarante-huit heures. Au moment de mon examen, que je fais à 10 heures du soir, je trouve une malade ictérique, agitée, avec une température de 41 degrés, un pouls à 150 et une respiration à 48°. Ma première impression fut que je jouais une partie perdue. Néanmoins, bien entouré, sûr d'être bien aidé, sollicité par le vif désir de secourir une jeune femme de trente ans qui se mourait, je lui donnai quelques grammes de chloroforme et marchai droit à sa vésicule, après un nettoyage sérieux de la paroi abdominale à l'éther seul (pour gagner du temps). Encore une vésicule normale, libre d'adhérences, ni grosse ni petite ; et, dedans, un peu de bile noirâtre sans trace de calculs. Je terminai mon opération en quelques minutes, négligeant l'examen du cholédoque, par crainte de voir mon opérée me passer entre les mains.

Les suites furent pénibles pour tout le monde. Un phénomène particulier les marqua : c'est l'intermittence, d'ailleurs inexpliquée, de l'écoulement biliaire par le drain. Celui-ci se faisait-il abondamment, la température baissait, le sommeil revenait, il y avait moins d'agitation et un ictère moins foncé. Dès que la bile cessait de couler, les frissons se montraient accompagnant une température de 39, 40 degrés, et du délire nocturne presque continu. Enfin, passant des détails qui sont ceux de toutes les graves infections, j'en arrive à l'état actuel de mon opérée. Elle se lève, se nourrit comme bon lui semble, et ne souffre de rien. Mais, avec la persistance d'un certain degré d'ictère, elle offre de singulières intermittences dans l'écoulement de la bile par l'intestin. Un jour, les matières sont décolorées, la bile coule par la fistule; le lendemain, c'est l'inverse, les matières se colorent et le pansement est à peine taché. Elle a, selon toute vraisemblance, un calcul enclavé dans le cholédoque, et si les choses durent encore quelques semaines, elle consent à ce qu'on aille le lui chercher.

Voilà donc trois cas d'angiocholite vraie, et non pas de cholécystite banale. En effet, il n'existait dans aucun de douleur à la pression de la vésicule, non plus que d'aspect enflammé de celle-ci, ni d'adhérence au pourtour de son fond. L'infection était plus générale, plus largement répartie dans l'arbre biliaire. C'étaient des phénomènes généraux qui occupaient la scène, et non point quelque signe banal d'inflammation locale, vésiculaire ou autre. Dans ces trois cas, la fistulisation de la vésicule a suffi pour

arrêter les accidents infectieux, alors même que ceux-ci avaient l'intensité du troisième cas relaté.

Un point reste cependant obscur, au moins pour moi, dans mes trois observations. Ai-je eu tort, ai-je eu raison d'agir en deux temps, m'adressant un jour à la vésicule, un autre jour au cholédoque? Il m'a semblé que, tout au moins deux fois sur trois, je devais agir ainsi, mes malades étant trop déprimées, trop infectées, trop fragiles. Néanmoins, s'il m'est démontré qu'on peut, sans danger, tout liquider en une seule intervention, je suis prêt à agir ainsi désormais; mais je serais très désireux d'avoir à ce sujet l'opinion de mes collègues, en particulier celle de M. Lejars, qui nous a montré de beaux cas opérés de la sorte.

M. Schwartz. — Je voulais prendre la parole dans cette discussion du drainage des voies biliaires dans l'angiocholite infectieuse pour vous communiquer une observation que je n'ai pu encore recevoir, la malade ayant été opérée loin de Paris.

Toutefois, je tiens à dire que la question soulevée par la communication de M. Mignon vise surtout l'angiocholite infectieuse primitive non calculeuse (forme ictère grave, typhique). Il est certain que cette angiocholite dite primitive ou crue telle devra être appelée calculeuse par le fait de la démonstration de la présence de calculs dans les voies biliaires; mais en somme, c'est l'infection non calculeuse qui est surtout en cause, et tandis que je pourrais vous communiquer au moins une dizaine de cas d'angiocholite calculeuse, c'est à peine si j'ai deux ou trois observations d'infections non dépendantes d'une lithiase confirmée.

Communication.

Sur l'extirpation totale de la prostate hypertrophiée,

par M. le Dr Alf. POUSSON (de Bordeaux).

Après avoir cherché dans des opérations diverses la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, les chirurgiens semblent enfin l'avoir trouvée dans l'extirpation totale de cette glande, soit par la voie périnéale, soit par la voie transvésicale. Dans ces dernières années, il a été publié un grand nombre d'observations permettant de juger de la gravité et de l'efficacité de cette opération, et nos bulletins renferment à cet égard des documents

précieux. Je vous demande la permission d'analyser devant vous ceux que me fournit ma pratique personnelle et de faire suivre cette analyse de quelques réflexions touchant les indications et les contre-indications de la prostatectomie, la valeur comparée des deux voies offertes au chirurgien.

Le nombre des prostatectomies totales, que j'ai pratiquées jusqu'à ce jour, s'élève à 23. J'ai eu recours à la voie périnéale 21 fois et à la voie transvésicale 2 fois. La première de ces méthodes m'a donné 4 morts opératoires, soit une léthalité de 19 p. 100, et la seconde 1, soit une léthalité de 50 p. 100. Des quatre malades que j'ai perdus à la suite de l'intervention par le périnée, l'un a été emporté brusquement par une embolie au bout de quarante-huit heures, un autre a succombé dans le courant du troisième jour après avoir présenté ces phénomènes de prostration avec sécheresse de la langue si fréquemment observés chez les vieux urinaires atteints de pyélonéphrite post-opératoire; le troisième est mort d'infection purulente au vingt-huitième jour; le quatrième, enfin, de congestion pulmonaire hypostatique au vingt et unième jour. Le malade, qui a succombé à la prostatectomie transvésicale, alla d'abord très bien pendant trois jours, puis un frisson violent éclata qui se répéta plusieurs fois; la température s'éleva à 40 degrés, des signes de cellulite pelvienne se manifestèrent que l'autopsie permit de confirmer.

Si, à ces cinq décès, j'ajoute le cas d'un opéré qui fut enlevé trois mois après l'intervention par des accidents pulmonaires, celui d'un autre qui quitta l'hôpital, avant la guérison complète de la plaie opératoire, et ceux de deux malades dont l'opération date de quelques semaines; il me reste quatorze observations pour apprécier les résultats thérapeutiques.

Un seul de mes opérés, chez lequel j'enlevai par la voie sus-pubienne une prostate très modérément hypertrophiée, conserva son impuissance à évacuer la vessie en totalité. Avant mon intervention, j'avais constaté la diminution de la contractilité vésicale, et mon but, en extirpant la glande avait été plutôt de réveiller cette contractibilité en provoquant un réflexe dynamogénique post-opératoire, que d'enlever un obstacle anatomique, qui, en réalité, était de minime importance. Chez tous mes autres malades, la restauration anatomique et physiologique du canal prostatique a été intégralement obtenue : c'est-à-dire que, d'une part, ce segment de l'urètre antérieurement déformé au point de rendre son accès difficile, et même impossible chez certains, aux instruments les mieux appropriés, est devenu frayable pour toutes les variétés de sondes, y compris les sondes en gomme rectilignes et les sondes en caoutchouc, et que, d'autre part, tout en recupérant

suffisamment de souplesse pour livrer passage à l'urine, il a conservé assez de tonicité pour jouer le rôle qui lui incombe dans le mécanisme de la rétention normale. Cependant, je dois à la vérité de dire que deux opérés présentèrent de l'incontinence vraie, qui céda assez rapidement à une série d'instillations de nitrate d'argent, au niveau du col, et que, inversement, deux autres conservèrent un certain degré de rétention qui disparut aussi sous l'influence des sondages et des lavages argentiques. La vessie de ces deux derniers malades était profondément infectée avant l'intervention. S'il est vrai, comme on l'a dit, que dans la grande majorité des cas la pyurie cesse rapidement après la prostatectomie, il n'en est pas toujours ainsi, et, chez quelques malades, il est nécessaire de traiter les lésions vésicales par des lavages modificateurs qu'on peut être obligé de continuer un certain temps après la guérison complète de la plaie opératoire.

Le plus grand nombre de mes malades appartenant à la clientèle hospitalière, je n'ai pu les suivre tous assez longtemps pour juger des résultats éloignés de l'opération ; cependant, quatre que j'ai pu revoir deux ans, un an et demi, un an et neuf mois après, avaient conservé la faculté d'évacuer totalement leur vessie avec leurs propres moyens. L'un d'eux, qui malgré mes recommandations ne voulut se soumettre à aucun lavage, rendait des urines louches et franchement purulentes ; mais, chez les trois autres, le milieu vésical était parfaitement aseptique. Il est peu probable que la prostate hypertrophiée soit susceptible de se développer à nouveau, même lorsque son exérèse a été incomplète. J'ai fait un assez grand nombre de prostatectomies transvésicales partielles portant sur des lobes saillant dans la vessie, j'ai suivi quelques-uns de ces opérés, et je n'ai jamais vu le lobe enlevé se reproduire. Mais si l'on n'a pas à craindre la récidive après l'ablation de la prostate, on peut se demander ce que deviendra le segment urétral flottant au milieu de la cavité résultant de l'évidement de la loge prostatique et si, irrégulièrement tiraillé par la rétraction cicatricielle et comprimé par le tissu inodulaire, il ne se refusera pas au cours de l'urine et au passage des instruments de cathétérisme. Cette appréhension est chimérique ainsi que le prouvent les observations suivies de mes opérés.

Certains chirurgiens ont représenté la prostatectomie périnéale comme une opération absolument bénigne. Assurément, elle est peu grave, mais la mortalité qui grève la statistique de quelques opérateurs et celle qui m'est personnelle, nous crée l'obligation de préciser aussi judicieusement que possible les indications et les contre-indications. C'est à la solution de ce problème que je voudrais faire servir mes observations.

La situation sociale du malade doit avoir, selon moi, une grande importance dans la détermination du chirurgien. Un prostatique, qui a le temps et les moyens de se sonder régulièrement et d'assurer par des lavages l'asepsie de son appareil urinaire, peut se contenter du *catheter life* des Anglais; par contre, un individu pauvre, empêché par son travail et ses ressources de prendre les soins minutieux exigés par l'évacuation totale de la vessie et son asepticité, devra, dans son intérêt même, se soumettre à l'opération. Sur mes 23 opérés, 2 seulement appartenaient à la classe aisée; les 21 autres étaient des malheureux incapables de se soigner chez eux.

L'âge est la seconde condition d'ordre général sur laquelle repose l'indication ou la contre-indication de la prostatectomie. L'opération s'impose avec d'autant plus de raison que le malade est jeune et a, par conséquent, une longue carrière à parcourir. Le début encore récent de la dysurie, l'absence de complication du côté de l'appareil rénal, le bon fonctionnement des autres grands appareils organiques, réduisent évidemment au minimum les dangers opératoires chez ces malades; cependant, on peut intervenir avec succès chez des sujets d'un âge avancé. C'est ainsi que trois de mes opérés, ayant respectivement soixante et onze, soixante-quatorze et soixante-quinze ans, ont parfaitement supporté l'opération, mais aussi trois de ceux que j'ai perdus avaient dépassé l'âge de soixante-dix ans. Au-dessous de cet âge, je ne compte que deux décès, l'un par infection purulente et l'autre par congestion pulmonaire hypostatique. Cette complication est survenue d'autant plus facilement chez ce malade qu'il était auparavant atteint de bronchite avec emphysème. Étant donné le long décubitus dorsal qu'exige la cicatrisation de la plaie périnéale, l'intégrité des organes thoraciques pèse d'un grand poids dans le pronostic opératoire, et il ne faut jamais manquer de porter son enquête de ce côté avant d'intervenir.

La difficulté du cathétérisme constitue, avec les hémorragies et les douleurs qui l'accompagnent, l'indication la plus formelle de la prostatectomie. Bien que chez quelques-uns de mes malades la rétention fût minime, je suis intervenu parce que le passage des instruments exigé par la nécessité impérieuse de laver la vessie fortement infectée réclamait pour ainsi dire une véritable opération.

L'infection vésicale ne doit pas faire rejeter l'intervention, bien au contraire, car, dans un bon nombre de cas, l'existence de gros lobes glandulaires surplombant le bas-fond crée un sinus rétro-prostatique, que ne peuvent déterger les injections antiseptiques. Seule l'exérèse de ces lobes, dont j'ai fait ressortir devant vous il

y a quelques années les avantages en préconisant la prostatectomie transvésicale partielle, est susceptible de rendre les lavages efficaces, mais je reconnais que la prostatectomie totale remplit encore mieux cette indication. Tandis que sur 12 malades non infectés j'ai perdu 3 opérés, je ne compte que 1 décès sur 11 malades infectés. Mais si l'infection limitée à la vessie n'accroît pas les risques opératoires, je crois que lorsqu'elle s'étend à l'appareil urinaire supérieur elle entraîne les aléas redoutables des opérations entreprises chez tous les sujets atteints d'urétéro-pyélonéphrite.

La coexistence de l'hypertrophie de la prostate et de concrétions calculeuses dans la vessie s'est rencontrée chez quatre de mes opérés. Bien que chez eux il y eût eu en même temps un certain degré de rétention, la présence seule du corps étranger eût suffi à me déterminer à pratiquer la prostatectomie, de manière à diminuer les chances de récidive calculeuse en améliorant les conditions d'évacuation du contenu vésical. A la vérité, un de mes malades ainsi opéré a succombé; un autre, profondément infecté, a vu récidiver l'année suivante la concrétion phosphatique dont il avait été débarrassé; les deux autres semblent devoir être guéris de leur lithiase.

La rétention chronique complète, aseptique, avec miction par regorgement, dont le traitement rationnel par l'évacuation lente, progressive et rigoureusement antiseptique fait courir, comme on le sait, tant de risques aux malades, ne me paraît pas justiciable de la prostatectomie. Aussi ne suis-je jamais intervenu dans ces cas, mais, quatre fois, j'ai opéré des sujets atteints de rétention aiguë complète greffée sur une rétention chronique incomplète. Or, j'ai perdu un de ces malades d'accidents congestifs de tout le tractus urinaire, analogues à ceux qui se produisent chez les vieux rétentionnistes incontinents à la suite de l'évacuation trop rapide de la vessie. Tous mes autres malades étaient atteints soit de rétention chronique complète sans distension (2 malades), soit de rétention incomplète (17 malades), la quantité d'urine résiduale variant entre 60 et 500 centimètres cubes.

Tout en reconnaissant que dans la majorité des cas la dysurie des vieillards se lie d'une façon étroite au volume de la prostate, on ne peut baser absolument les indications de son emploi sur son relief dans le rectum et sa saillie dans la vessie.

On voit, en effet, des gens atteints d'hypertrophie monstrueuse uriner sans la moindre difficulté, tandis que d'autres, porteurs d'une prostate d'un volume au-dessous de la normale ne peuvent émettre une seule goutte d'urine. Parfois ce petit volume de la glande n'est qu'apparent, et, lorsqu'on intervient dans ces cir-

constances on est tout étonné d'obtenir par l'énucléation deux gros lobes latéraux qui, repoussant les aponévroses pubio-rectales, étalaient l'organe sans lui faire faire de relief. Cette disposition existait chez deux de mes malades. Mais lorsque la petitesse du volume est réelle, les troubles de la miction dépendent des modifications survenues dans la texture de la glande, qui a perdu sa souplesse et ne laisse plus au canal qu'elle enserre le pouvoir de s'entr'ouvrir sous la pression de l'urine chassée par la vessie. Chez de pareils malades, il convient donc avant d'intervenir de s'assurer par l'étude de la contractilité vésicale du rôle que la prostate joue dans la dysurie.

Les notions récentes que nous possédons sur les lésions histologiques de la prostate hypertrophiée nous conduisent à envisager un côté nouveau de la question des indications de la prostatectomie. Outre les formes essentiellement bénignes du développement sénile de la glande revêtant le type glandulaire, fibreux ou mixte, on sait bien aujourd'hui, après les travaux d'Albarran et Hallé, qu'il existe aussi une forme à tendance maligne qui, commençant par l'adénome vrai peut se transformer en épithélioma adénoïde tubulé encapsulé ou diffus et aboutir à l'épithélioma alvéolaire ou véritable cancer. Sur 100 examens histologiques de prostates provenant de malades morts avec le diagnostic clinique d'hypertrophie simple, les auteurs que je viens de nommer n'en ont pas trouvé moins de 14 leur ayant révélé l'existence de lésions épithéliales malignes à des étapes diverses de leur développement.

L'étude microscopique des 23 pièces anatomiques, que m'ont fournies mes interventions, m'a montré que dans 5 cas la néoplasie prostatique s'écartait plus ou moins du type bénin et qu'elle revêtait dans l'un d'eux l'aspect du carcinome. Si la clinique venait confirmer ces données de l'anatomie pathologique et montrait que la dégénérescence de la prostate complique assez souvent son hypertrophie, on comprend combien devrait s'agrandir le champ de l'intervention jusqu'ici limité aux cas où il existe des troubles dysuriques. Mais encore conviendrait-il, pour ne pas s'exposer à agir inconsidérément et à faire une opération purement préventive, à saisir, en clinique, le début de la transformation maligne.

En l'absence de signes positifs actuellement en notre possession permettant de faire ce diagnostic précoce, il sera prudent de tenir pour suspectes les hypertrophies prostatiques, qui, se développant trop tôt ou trop tard, avant cinquante-cinq ans ou après soixante-dix ans, marchent rapidement, s'accompagnent d'hématuries et de douleurs, avant tout phénomène de rétention et donnent au toucher rectal la sensation d'une dureté ligneuse avec irrégularité à la sur-

face. Il faudra aussi se défier de petites prostates très dures et spontanément douloureuses.

En raison de l'importance que pourra prendre un jour cette indication nouvelle de la prostatectomie reposant sur la nature histologique du tissu de la glande hypertrophiée, et pour fournir des documents à la solution du problème clinique que soulèvera le diagnostic de la dégénérescence à ses débuts, je crois devoir rapporter ici les traits principaux des observations dans lesquelles j'ai eu affaire à des néoplasies prostatiques inclinant vers la forme maligne.

Obs. I. — R..., soixante-six ans, charpentier, sans passé génito-urinaire. A contracté une blennorragie, il y a deux ans, qui a évolué et a été guérie sans complication. Peu après, difficulté et fréquence des mictions, phénomènes pour lesquels on prescrit le sondage, qui de temps en temps, quoique pratiqué avec soin, détermine une légère hémorragie. Dans ces derniers temps le malade ayant cessé de se sonder il est survenu de l'incontinence nocturne puis diurne. A son entrée dans la salle, vessie très distendue et vidée progressivement et antiseptiquement, mais le malade ne peut plus uriner seul.

Le canal est libre et le cathétérisme très facile, bien que la traversée prostatique soit très allongée et que la glande fasse saillie de 3 à 4 centimètres dans la vessie. Au toucher rectal on trouve une prostate énorme, du volume d'une belle mandarine, de consistance uniforme et très dure, régulièrement développée, non bosselée, mais semblant taillée à facettes.

Prostatectomie périnéale totale le 9 août 1902. Guérison.

Examen histologique. — A la coupe on ne rencontre aucun cul-de-sac glandulaire normal; tous sont hyperplasiés. La plupart sont remplacés par de petits tubes épithéliaux coupés en tout sens, à lumière souvent peu visible, tapissés de deux ou plusieurs couches de cellules. Ces éléments sont répartis par groupe formant des lobules fort irréguliers. Dans chacun d'eux les tubes, presque au contact, sont séparés par de très fins tractus conjonctivo-musculaires. En dehors de ces masses lobulaires et les individualisant plus ou moins, on rencontre un stroma un peu épaissi, où le tissu fibreux prédomine généralement sur le tissu musculaire et au milieu duquel se voient quelques foyers diapédétiques très actifs. En certains points les altérations néoplasiques sont plus avancées : la disposition en tube disparait totalement et on voit disséminés dans le stroma de petits amas épithéliaux polymorphes. Les gaines des nerfs sont envahies par la prolifération épithéliale. Quelques vaisseaux présentent des lésions scléreuses et le stroma lui-même offre à peu près partout un épaississement considérable de son élément conjonctif.

Obs. II. — L..., jardinier, cinquante-sept ans, n'ayant jamais eu d'affection génito-urinaire, a commencé à éprouver vers l'âge de cin-

quante-trois ans quelques légers troubles de la miction, lenteur et faiblesse du jet, un peu de fréquence surtout la nuit. Il a été atteint il y a deux ans, sans cause, de rétention aiguë complète. Depuis cette époque les difficultés de la miction ont persisté en augmentant; hématuries terminales et douleurs. A diverses reprises il a été pris de rétention.

En juin 1901, je lui pratique l'angionévrectomie sans résultat durable, bientôt même le malade est obligé de se sonder régulièrement. En décembre de la même année envies d'uriner très fréquentes et très douloureuses; urines résiduales 200 centimètres cubes, très purulentes.

Traversée prostatique très resserrée, mais ni allongée, ni déviée. Pas de saillie intravésicale des lobes de la glande, mais gros relief rectal régulier, de consistance un peu molle, sans bosselures.

Prostatectomie le 17 décembre 1901. Guérison.

Examen histologique. — Un petit nombre de tubes glandulaires sont intacts. La plupart ont subi une dilatation kystique avec étirement et atrophie de leur épithélium et formation de ce que l'on pourrait appeler un adénome caverneux. Par place il existe des confluences de tubes glandulaires rappelant ce qui se produit dans l'emphysème pulmonaire. Dans les dilatations kystiques, on trouve des coagulats constitués par des produits de sécrétion et des débris de cellules desquamées. Dans beaucoup de cavités, ces débris se sont condensés et ont pris l'aspect des concrétions concentriques de la prostate.

La plus grande partie de la surface de la coupe est occupée par des productions néoplasiques de deux ordres. Les unes sont constituées par des tubes tapissés d'épithélium cylindrique en hyperplasie, dont les cellules superficielles ont gardé une forme à peu près cylindrique et ménagent toutes les transitions entre les lésions purement adénomateuses de l'hypertrophie simple et les lésions plus activement proliférantes de l'épithélioma adénoïde. Les autres présentent une prolifération épithéliale sur place déterminant la dislocation de l'agencement des tubes, la raréfaction du stroma et la formation de nappes d'aspect alvéolaire conduisant en certains points à l'infiltration néoplasique diffuse du stroma. Notons que comme dans le cas précédent les gaines nerveuses sont envahies.

Obs. III. — M..., cultivateur, soixante ans, a eu deux blennorragies, l'une à vingt et un ans, et l'autre à cinquante-six ans, cette dernière suivie d'une orchite. Le malade dit avec insistance qu'il a été tourmenté pendant un certain temps, il y a six ans, par des érections douloureuses sans cause appréciable. Depuis un an, trouble de la miction, arrêt brusque du jet et douleur terminale se faisant sentir à la fin de lavage; jamais d'hématurie. Le malade a été traité à ce moment de deux rétrécissements par la dilatation et a éprouvé une amélioration notable. Mais depuis quelques mois les troubles de la miction ont reparu : besoins fréquents et douloureux. Résidu de 350 centimètres cubes à 400 centimètres cubes limpide.

Au toucher rectal, la prostate modérément volumineuse est indurée, présentant au niveau du lobe droit de grosses bosselures, et au niveau

du lobe gauche de petites saillies très dures donnant l'impression de de grains de plomb enchatonnés dans le parenchyme. La traversée prostatique n'est ni allongée ni déformée ; la muqueuse ne saigne pas au passage des instruments ; pas de saillie intravésicale.

Prostatectomie périnéale totale le 20 mars 1903. Guérison.

Examen histologique. — Ce néoplasme présente un caractère tout à fait particulier. La plupart des masses proliférées paraissent logées dans des cavités glandulaires dilatées et nettement délimitées. Les cellules qui les constituent, très multipliées, se pressent les unes contre les autres et affectent presque toutes une forme polygonale. Elles sont grandes et claires ; leur noyau est très évident et leurs limites parfaitement nettes. Elles n'obstruent pas la cavité glandulaire mais la cloisonnent en un très grand nombre de cavités secondaires (30 et même 40), au bord desquelles les cellules s'organisent en un revêtement régulier, cylindrique ou cubique. On rencontre dans ces cavités des débris, qui peuvent être considérés comme des produits de sécrétion. Cette sorte d'épithélioma intracanaliculaire occupe environ le tiers de la surface de la coupe.

Le reste est occupé par des formations néoplasiques : les unes moins avancées, les autres plus avancées. Dans certains points on trouve les transitions les plus parfaites entre l'adénome pur et la tumeur maligne. A côté des cavités glandulaires à type acineux tapissées d'une seule couche régulière de cellules cylindriques et séparées par un stroma conjonctivo-musculaire assez délicat, on en rencontre d'autres dans lesquelles prolifère abondamment l'épithélium en un seul point de la paroi formant des bourgeons, des végétations, des colonnes de cellules claires et polygonales, qui vont diviser la lumière glandulaire et se souder au côté opposé. Tout ce processus se passe au dedans d'une membrane basale absolument intacte. En d'autres points on voit la multiplication des tubes glandulaires aboutir comme dans le cas précédent à l'invasion du stroma par de petits amas en traînées de cellules épithéliales polymorphes.

Dans le tissu conjonctif périprostatique la néoplasie ne paraît pas se répandre directement, mais elle suit les gaines des nerfs, dans lesquelles on retrouve des cordons épithéliaux fortement aberrants des foyers principaux. Les petits ganglions nerveux de la région subissent eux-mêmes l'irruption et la compression des colonnes épithéliomateuses. Dans ces bourgeons envahissants les cellules présentent non pas l'aspect de coulées atypiques, mais elles ont gardé l'aspect et l'agencement signalés plus haut, sous le nom d'épithélioma intracanaliculaire, comme une réminiscence de leur provenance glandulaire.

Obs. IV. — M..., cinquante-six ans, tonnelier, a commencé à éprouver des troubles de la miction il y a cinq ans : difficulté et faiblesse du jet, fréquence surtout nocturne. Il y a un an, crise de rétention aiguë. Depuis, les mictions de plus en plus difficiles l'ont obligé de recourir de temps en temps à des sondages et les urines, étant devenues purulentes, des lavages ont été pratiqués.

A son entrée l'explorateur à boule n° 18 est gêné dans la traversée prostatique et ramène un peu de sang sur son talon. Urines résiduales, 200 centimètres cubes, assez fortement purulentes. Vessie à colonnes sans saillies prostatiques intravésicales. Au toucher rectal prostate volumineuse : lobe droit irrégulier, bosselé; lobe gauche moins gros, mais présentant un grand nombre de petites saillies dures, anguleuses, donnant la sensation de petites concrétions calcaires, et tel est mon diagnostic que vient encore corroborer l'assertion du malade disant avoir rendu à différentes reprises des sables et de fins graviers.

Prostatectomie périnéale totale le 5 mars 1904. Guérison.

Examen histologique. — La structure de cette prostate est absolument celle du squirrhe. On voit en effet à la coupe un stroma fibreux assez abondant, dans lequel les fibres musculaires sont relativement très rares, circonscrivant des mailles alvéolaires contenant des masses de cellules épithéliales atypiques très serrées à noyaux prédominants et riches en chromatine. Par places on rencontre dans le stroma quelques tubes glandulaires à épithéliums atrophiés et dissociés, dans le voisinage desquels ce stroma présente une proportion plus normale de fibres musculaires. Malgré l'aspect carcinoïde de la majeure partie de la préparation, on découvre par-ci par-là quelques tubes beurrés d'épithéliums néoplasiques et qui relient nettement ces formes d'aspect carcinomateux aux degrés de transition signalés dans les autres tumeurs.

Obs. V. — C..., négociant, soixante-sept ans, présente des troubles de la miction depuis plus d'un an, consistant en fréquence et douleurs. Dans ces derniers temps ces symptômes se sont accentués et les urines sont devenues très purulentes et parfois aussi sanguinolentes. Urine résiduale, 180 centimètres cubes, grisâtre, épaisse. très ammoniacale.

Urètre prostatique un peu allongé et resserré, saigne au retrait de l'explorateur à boule. Prostate fortement saillante dans le rectum, irrégulièrement bosselée, de consistance inégale.

Prostatectomie périnéale totale, le 20 janvier 1904. Guérison.

Examen histologique. — Les préparations présentent, à côté des lésions de l'hypertrophie banale et de l'inflammation chronique, tous les degrés d'une altération néoplasique comprenant d'une part la prolifération épithéliale intracanaliculaire, d'autre part la multiplication considérable des tubes glandulaires, qui présentent un diamètre ayant quelquefois des proportions infimes et une lumière parfois peu marquée et souvent nulle. Dans certains points, de petits cordons épithéliaux pleins se diffusent de toute part dans les éléments du stroma.

N'ayant par devers moi que deux opérations de prostatectomie totale par la voie transvésicale, je ne puis tirer de mon expérience personnelle des arguments pour ou contre cette méthode brillamment défendue par Frayer, et opposer, pour la rejeter, la mortalité de 50 p. 100 qu'elle m'a donnée, à la mortalité de 19 p. 100 que m'a fournie la prostatectomie périnéale totale. *A priori* je crois

que la voie transvésicale ne devra être utilisée qu'exceptionnellement dans les cas de saillies considérables des lobes glandulaires dans la vessie. C'est pour un de ces cas que j'ai cru devoir y recourir chez un de mes malades dont la prostate figurée sur le dessin que je vous présente avait le volume du poing d'un adolescent de quinze ans et pesait 180 grammes. Comme je l'ai dit au début de ma communication, mon malade mourut d'infiltration d'urine dans le petit bassin. Cet accident sera toujours à redouter dans la prostatectomie sus-pubienne, lorsqu'auront été rompues les aponévroses limitant la loge prostatique et que l'urine plus ou moins septique s'infiltrera dans le tissu cellulaire pelvien pour peu que devienne insuffisant le drainage par l'urètre ou l'hypogastre. Dans la prostatectomie périnéale, ce danger n'est pas à redouter, en raison de la large voie d'échappement ouverte à l'urine et aux liquides pathologiques. Chez les gens les plus obèses, si grande que soit l'épaisseur du périnée, ainsi que j'ai pu m'en assurer, la prostate est toujours accessible et énucléable par la voie basse, par contre il est parfois impossible d'arriver à exécuter correctement et sûrement les manœuvres de l'exérèse par la voie haute. Je sais un chirurgien habile qui a été obligé de renoncer à cette opération et de transporter séance tenante le champ de son intervention de l'hypogastre au périnée. Un des avantages de la méthode de Frayer serait, dit-on, de respecter les canaux éjaculateurs et de conserver la génitalité. Mais cet avantage de réalisation douteuse, même avec le procédé d'extirpation *des prostates* du chirurgien anglais ne pourrait-il pas être obtenu et plus sûrement encore par la voie périnéale.

M. F. Legueu. — Je ne puis suivre M. Pousson sur tous les points qu'il a touchés dans son intéressante communication. Mais il y en a deux cependant sur lesquels je tiens à présenter quelques observations.

Et tout d'abord la voie à suivre! J'ai présenté ici, il y a quelques mois, une prostate enlevée par la voie hypogastrique. Il y avait trois lobes isolés, presque lisses, qui représentaient les trois lobes de la prostate. Malheureusement mon malade est mort de cellulite pelvienne comme celui de M. Pousson: j'ai fait faire l'autopsie, et j'ai vu avec surprise que j'avais laissé une partie très importante da la prostate. Donc, ce que j'avais enlevé, c'était comme me le disait Routier, des lobes énucléables, mais la prostate elle-même était restée, et si le malade avait vécu, il n'aurait pas eu le résultat thérapeutique qu'il était en droit d'attendre. C'est le seul cas que j'ai opéré par la voie hypogastrique : cet insuccès ne me permet pas cependant de condamner sans appel cette opéra-

tion. Mais je pense qu'en laissant une plaie ouverte au fond de la vessie, elle aura toujours une gravité plus grande que la prostatectomie périnéale, et je continuerai à la réserver aux prostates très saillantes et comme énuclées dans la cavité vésicale.

En ce qui concerne les indications de la prostatectomie, je partage l'avis de mon ami Pousson. Le volume n'a pas ou a peu d'importance : ce ne sont pas les prostates les plus grosses qui sont les plus gênantes. Mon maître, M. Guyon, l'a dit depuis longtemps, nous ne pouvons que le répéter après lui.

Et ce qui le prouve encore, ce sont les résultats très favorables que nous obtenons quelquefois avec l'ablation de prostates de tout petit volume, comme dans le cas de Delbet, comme dans une observation personnelle.

L'indication principale est fournie par l'état de la vessie, mais tous les résultats que je vois me confirment dans cette conclusion, c'est que les rétentions incomplètes avec cystite donneront, après la prostatectomie, des résultats défectueux. Le résidu reste à peu de chose près le même après qu'avant l'opération.

Au contraire les rétentions complètes fournissent à la prostatectomie ses meilleurs résultats, c'est chez ces malades qui depuis quelques mois ou quelques années sont obligés de se sonder à chaque mixtion, c'est dans ces cas-là qu'on voit après l'opération la vessie se vider complètement et les urines redevenir claires.

Rapports.

Œsophagotomie externe pour l'extraction d'un volumineux dentier.

Rapport par M. TUFFIER.

M. le Dr Guibal (de Béziers) nous a adressé une intéressante observation avec radiographie et pièce à l'appui. — Un homme de trente-cinq ans porte depuis sept ans un dentier, mais il ne prend pas la précaution de l'enlever en se couchant. Dans la nuit du 2 au 3 février 1904, il se réveille vers onze heures, et ressent une douleur peu vive sur le bord droit du sternum, à la hauteur du mamelon. Il attribue cette douleur à son dîner qui « ne passe pas » et il se fait faire une infusion chaude. Une première tasse est absorbée; mais pendant qu'il en vide une deuxième, les bords de la tasse, en touchant les gencives mises à nu, donnent au sujet une sensation inaccoutumée. Il porte aussitôt la main à sa bouche

et il constate avec stupéfaction que son dentier n'y est plus. Ne soupçonnant pas encore l'accident dont il vient d'être victime, il cherche le dentier dans son lit, mais il ne le trouve pas. Le voilà donc convaincu qu'il l'a avalé; mais pour ne pas donner de craintes à son entourage il se recouche et s'endort tranquillement.

Le lendemain, à 3 heures de l'après-midi, il voit M. le Dr Guibal. Il lui donne les renseignements qui précèdent et indique les dimensions du dentier dont un des crochets s'était détaché, ce qui explique sans doute qu'il soit tombé dans l'arrière-gorge. Il confirme notamment qu'il porte un crochet très aigu, qu'il a six dents et qu'il est hérissé d'aspérités tranchantes.

Le patient n'a pas essayé d'avaler des aliments solides, il prend du lait sans difficulté; l'auscultation ne révèle aucun signe spécial pendant cette déglutition. Quand il avale de la salive ou du lait, il ressent une douleur peu vive, qu'il localise en avant, sur le bord droit du sternum, dans le 3e espace. La palpation profonde et basse du cou ne provoque aucune douleur et ne donne aucune sensation particulière.

L'examen à l'aide du résonnateur à boules olivaires montre que les boules sont arrêtées à 27 centimètres des arcades dentaires; le tintement métallique est obtenu nettement par deux fois.

Quoiqu'il résulte de cet examen que le dentier est situé dans l'œsophage assez profondément, puisqu'il est à 12 centimètres en dessous du cricoïde, M. Guibal essaie l'extraction à l'aide d'une pince, sans y avoir grande confiance d'ailleurs et en se promettant de ne pas insister. N'ayant à sa disposition qu'une pince de Berger, pour atteindre le dentier, il devait l'introduire jusqu'à amener les anneaux au contact des dents, puisqu'elle ne mesure que 28 centimètres de longueur. Dans cette position la partie prenante de la pince n'est plus dans l'axe de l'œsophage, et on peut se convaincre au seul examen de cet instrument, qu'il ne peut servir qu'à l'extraction des corps étrangers du pharynx ou de l'orifice supérieur de l'œsophage. Après anesthésie complète du pharynx, il fait deux tentatives sans résultat.

Notre confrère s'abstient d'appliquer le panier Grafe, redoutant les lésions qu'un corps étranger aussi volumineux, aussi irrégulier et à pointes acérées pourrait créer, sous des tractions faites à l'aveugle, mais il était décidé à tenter l'extraction sous le contrôle de l'examen radioscopique. On devait supposer que le dentier avait son grand axe vertical et que les pointes dangereuses, placées à ses deux extrémités, étaient dans l'axe de la lumière de l'œsophage. Cet essai ne put être fait parce que le corps étranger n'apparut pas sur l'écran; ce fait n'a rien qui doive surprendre si l'on oppose la minceur de la plaque métallique du dentier à l'épais-

seur des tissus du médiastin que les rayons ont à traverser, et surtout si j'ajoute que l'appareil employé n'était pas muni des diaphragmes de Béclère.

Deux épreuves *radiographiques*, faites séance tenante, montrèrent que le dentier était placé verticalement. Son extrémité inférieure était à la hauteur du bord supérieur de la 6e vertèbre dorsale et présentait un crochet aigu tourné vers la gauche. Son extrémité supérieure était en regard du bord inférieur de la troisième dorsale. Enfin l'image montrait que les dents et les crochets étaient tournés à gauche et menaçaient par conséquent l'aorte qui croise l'œsophage à la hauteur du 4e corps dorsal.

Le lendemain matin l'opération était pratiquée, trente-huit heures environ après la déglution du dentier.

Œsophagotomie externe latérale classique à gauche. L'incision est d'un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire à la corne thyroïdienne. Après section d'une artère thyroïdienne moyenne, née de la carotide primitive et directement en bas du pédicule thyroïdien inférieur, l'œsophage fut facilement distingué, saisi sur son bord gauche entre deux pinces à dents fines et incisé très aisément sur une grosse olive qu'un aide introduisit sous le mandrin souple par la bouche. Cette incision fut faite le plus bas possible, au-dessous du tubercule de Chassaignac. Une pince courbe n'arrive au contact du dentier qu'après une pénétration de 10 centimètres; il est saisi et extrait sans effort, mais la plaie œsophagienne doit être agrandie jusqu'à lui faire mesurer trois centimètres.

Sutures de l'œsophage avec une aiguille à intestin courbe par un double surget de catgut n° 1, le premier prenant les trois tuniques, le second prenant la musculeuse et la celluleuse. Deux points de catgut pour remettre le sterno-mastoïdien en place, suture de la peau. Un drain, passant par l'angle inférieur de la plaie, est au contact de l'œsophage. Pansement aseptique.

Suites simples qui ne sont troublées que par un hoquet et par une fistulette qui dura douze jours, bien que le malade n'ait pas pris une goutte de liquide pendant les quarante-huit premières heures. Le vingtième jour le trajet du drain est lui-même complètement cicatrisé. A partir de ce moment, l'opéré reprend ses occupations et se trouve guéri.

Le dentier est en or; il porte six dents. Il mesure une largeur de 2 centimètres et demi et une longueur de 5 centimètres à laquelle un crochet aigu, recourbé, ajouté 8 millimètres. A l'autre extrémité, le crochet est tombé, ce qui explique que le dentier se soit détaché.

Cette observation présente quelques points à noter. D'abord le

siège du corps étranger : Il semble avoir été arrêté par le *rétrécissement bronchique de l'œsophage*, situé en regard de la 5e dorsale alors que les corps étrangers sont généralement arrêtés plus haut par le rétrécissement aortique. En second lieu, l'emploi de la *radiographie* n'a fait que confirmer le diagnostic clinique, mais son emploi aurait pu être intéressant si la radioscopie avait permis de voir le dentier et de l'extraire « en le voyant ». Enfin la *fistule* œsophagienne, malgré une alimentation liquide abondante n'a duré que quelques jours et a cessé très rapidement. Il n'y a donc pas lieu de la redouter, ni de s'en préoccuper.

Cette observation confirme les conclusions qui ont été posées ici même lors de notre dernière discussion : En cas de corps étranger de l'œsophage, si ce corps est irrégulier, anguleux, ou muni de crochets, toutes conditions qui se trouvent remplies lorsqu'il s'agit d'un dentier, il ne faut pas prolonger les tractions aveugles par les voies naturelles, et l'œsophagotomie externe constitue une voie d'accès très précieuse. Nous ne pouvons donc que féliciter M. le Dr Guibal de sa conduite, et je vous propose de le remercier pour son intéressante observation qui sera déposée dans nos Archives.

Épingle à cheveux et calcul vésical chez une femme enceinte, par M. le Dr Delbecq (de Gravelines).

Rapport par M. BAZY.

M. Delbecq nous a envoyé l'observation d'un calcul vésical développé autour d'une épingle introduite dans une vessie.

Cette observation serait banale si, d'une part, l'épingle ne s'était fixée dans la paroi vésico-vaginale, et, d'autre part, si elle n'avait pas été observée chez une femme enceinte.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, enceinte de cinq mois, venant se plaindre au Dr Delbecq de douleurs intolérables dans le bas-ventre, les cuisses, et de vertiges avec maux de tête.

M. Delbecq demande à l'examiner et, après une grande résistance de la part de la malade, il peut y parvenir.

Il sent alors une grosseur derrière le col vésical et une saillie en forme de bride, de consistance osseuse, étendue transversalement sur la moitié droite du vagin. Cette bride est en avant de la grosseur qui est, elle aussi, très dure.

L'introduction d'une sonde dans la vessie permet de constater l'existence d'un calcul.

Interrogée sur l'introduction possible d'un corps étranger dans la vessie, la patiente nie avec indignation, dit le Dr Delbecq.

Notre confrère propose une opération qui est acceptée.

Après chloroformisation et introduction de deux valves dans le vagin, M. Delbecq sectionne la muqueuse vaginale et tombe sur un corps dur, noirâtre, qu'il sectionne avec de forts ciseaux, et il ramène alors un fil métallique qu'il reconnaît appartenir à une épingle à cheveux. C'était cette épingle à cheveux qui formait cette bride dure.

La vessie est alors ouverte aussi haut que possible, et il peut extraire le calcul avec le reste de l'épingle qui est enchâssée dans son intérieur. Il pèse 54 grammes.

Suture en deux plans de la plaie vésico-vaginale. Sonde à demeure.

La malade accouche normalement à terme. Il ne persiste actuellement, un an après l'opération, qu'une légère incontinence nocturne qui tend à disparaître.

Un point intéressant à noter, c'est l'indifférence de l'utérus gravide vis-à-vis d'un traumatisme chirurgical, quoiqu'il se soit exercé dans la zone génitale. Ces faits sont communs actuellement, mais il n'est pas inutile de les signaler.

Notre confrère, à propos de cette pierre qu'il a extraite, se livre à des calculs pour savoir quel est le temps qu'elle a pu mettre à se former, et quel est le poids dont elle s'est accrue par année.

Il accepte les dires de la malade qui prétend s'être introduite cette épingle quand elle avait dix ans. Mais quelle confiance peut-on avoir en elle?

Je ne le suivrai pas dans cette voie, d'autant qu'il veut établir une relation entre l'accroissement de ce calcul phosphatique chez sa malade et celui d'un calcul probablement oxalique ou urique qu'il a extrait de la vessie d'un cousin germain de la malade; et, dans les deux cas, les calculs se seraient accrus de 6 grammes par an.

Je n'insiste pas, me contentant de féliciter notre confrère de son succès opératoire et de l'originalité de ses aperçus.

Je vous propose de lui adresser des remerciements et de déposer son observation dans les Archives.

Description du cystotomoécarteur de M. BARTHÉLEMY GUIZY (d'Athènes).

Rapport par M. BAZY.

M. Barthélemy Guizy (d'Athènes) nous a adressé un instrument qu'il a appelé cystotomoécarteur.

Je suis bien embarrassé pour en parler, car M. Guizy ne s'en est point encore servi.

L'idée qu'on peut s'en faire est la suivante : imaginez un gros trocart courbe de 12 centimètres de long, aplati, ayant un peu plus de 2 centimètres de largeur et un demi-centimètre d'épaisseur. La gaine du trocart est composée de deux valves qui peuvent s'écarter, le trocart lui-même est une lame à extrémité tranchante ogivale.

On le plonge comme un trocart dans la vessie; cela fait, on enlève la lame et on peut écarter les valves.

Malheureusement M. Guizy nous dit que si le sujet est gras il faut d'abord inciser la peau au bistouri.

En outre, deux conditions sont indispensables pour l'emploi de cet instrument :

1° Anesthésie complète au chloroforme;

2° Distension aussi grande que possible de la cavité vésicale.

Mieux vaut alors employer le bistouri.

Néanmoins, permettez-moi de remercier M. Guizy de sa déférence à l'égard de la Société de Chirurgie à qui il a voulu soumettre son instrument avant de l'employer.

Mon rapport était écrit quand j'ai reçu de M. Guizy une lettre dans laquelle il me dit qu'il a employé cinq fois son instrument sur des cadavres et a lésé une fois le cul-de-sac péritonéal, mais, dit-il, parce que l'appareil n'avait pas rasé la symphyse du pubis.

Il l'a employé deux fois sur le vivant pour des calculs.

Cela ne peut en rien modifier nos conclusions.

M. PICQUÉ. — Je croyais qu'il avait été décidé à la Société de Chirurgie que l'on ne devait pas faire de rapport sur les instruments qui lui étaient présentés. C'est en me basant, d'ailleurs, sur cette décision que j'avais renoncé à vous présenter un rapport sur un instrument présenté par un de nos confrères de province.

M. LE PRÉSIDENT. — Je crois qu'il y a eu méprise, car jamais la Société de Chirurgie n'a pris semblable décision pour les instruments.

Présentation de pièce.

Tumeur de la capsule fibreuse du rein.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une tumeur volumineux de la capsule fibreuse du rein.

Elle s'est développée avec une rapidité singulière chez une femme de soixante-six ans, dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant. Sa présence fut constatée pour la première fois au mois de septembre 1903. Elle occupait à ce moment-là le flanc gauche et avait le volume du poing. Lorsque je l'ai enlevée en janvier 1904, elle remplissait une bonne partie de l'abdomen et pesait 2.070 grammes.

Quand la malade est entrée dans mon service de la Maison Dubois, elle était amaigrie et extrêmement pâle. L'abdomen était considérablement déformé par la tumeur et on pouvait croire à un premier coup d'œil qu'elle avait une origine annexielle ou utérine, car elle descendait dans le bassin et dépassait à droite la ligne médiane. Un examen attentif permettait de reconnaître son origine rénale. Elle emplissait en effet la fosse lombaire gauche, elle ballottait, elle était séparée du lobe gauche du foie par une zone neutre, on sentait au-devant d'elle le côlon tantôt aplati en un cordon qui roulait sous le doigt, tantôt distendu par des gaz et se révélant à la percussion par une large bande de tympanisme. Elle remplissait la fosse iliaque, mais on pouvait constater qu'elle ne descendait pas dans le petit bassin et qu'elle était absolument indépendante de l'utérus et des annexes.

Arrondie dans son ensemble, elle présentait une surface régulière et lisse. Sa consistance était ferme, d'une résistance élastique analogue à celle de certains kystes très tendus. Les progrès étaient rapides : elle a manifestement grossi pendant les quelques jours que la malade est restée à l'hôpital avant d'être opérée.

Deux autres points méritent d'être notés dans cette observation. La malade avait tous les soirs une légère élévation de température, — 37°,5 ou 37°,6 température axillaire — et elle n'éliminait que 8 grammes d'urée en vingt-quatre heures. Malgré cela, la tumeur est histologiquement de nature bénigne.

Je l'ai opérée le 30 janvier par la voie lombaire ou plus exactement lombo-abdominale. Une longue incision très oblique, qui commençait au niveau de l'angle costo-vertébrale pour se terminer en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, me conduisit rapidement sur la tumeur. Là, j'eus un instant d'hésitation.

Elle était entourée d'une zone œdémateuse de l'épaisseur du pouce et je ne savais pas si je devais faire le décollement dans l'épaisseur de cette zone ou en dehors d'elle.

J'essayai d'abord dans son épaisseur; j'y rencontrai un grand nombre de veines énormes et fragiles qui saignaient abondamment; je compris que j'étais dans la zone d'accroissement de la tumeur : je me reportai en dehors où je trouvai facilement un plan de clivage qui me permit d'en faire le tour en quelques instants. Le côlon se laissa très facilement décoller. Ayant alors accouché la masse au travers de l'incision, je constatai que par sa face postéro-supérieure elle tenait à la face antérieure du rein.

Une partie du rein était seulement accolée à la tumeur sur laquelle sa place est marquée par une dépression lisse comme vous pouvez le voir. En le séparant, j'arrivai sur un point ou la fusion était complète.

Ayant fait saisir et comprimer le pédicule rénal par un aide, j'incisai le parenchyme et j'en enlevai un copeau avec la tumeur, qui fut ainsi libérée.

Je fermai la plaie du rein par la suture classique au catgut qui fit en même temps l'hémostase. Je fixai le rein qui était extrêmement mobile dans cette vaste cavité, et je fermai la bouche par une suture en plusieurs plans, sans drainer.

Les suites furent très simples. La plaie se réunit par première intention. Quatre jours après l'ablation des fils, il se fit sur une étendue d'un centimètre à la partie inférieure de la cicatrice une petite désunion, qui n'eut aucune conséquence.

L'examen histologique a montré que cette tumeur est un fibrome avec quelques formations osseuses. Je crois bon de publier *in extenso* la note que m'a remise à ce sujet mon interne, M. Chevassu, car les examens microscopiques de tumeurs de ce genre sont rares.

Examen histologique d'une tumeur pararénale, opérée le 30 *janvier* 1904.

L'examen a porté sur six fragments distincts :

Le premier a été pris dans la zone corticale de la tumeur, de coloration saumonée, de consistance assez molle.

Le deuxième provient de la partie moyenne, celle qui forme la masse principale, de coloration jaune pâle, de consistance ferme.

Le troisième a porté sur la partie centrale, dure, friable, d'un gris violacé.

Les trois derniers fragments comprenaient :

Un kyste situé au centre même de la tumeur;

Un noyau osseux siégeant vers son pôle inférieur;

Enfin la zone adjacente à la lamelle rénale extirpée, et cette languette de rein elle-même.

Tous ces fragments ont été fixés immédiatement par les liquides de Bouin et de Tellijesniczky. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline-éosine et à l'hématoxyline-Van Gieson.

A l'exception de son noyau osseux, la tumeur présente partout la même structure. Elle est formée de fibres conjonctives tortueuses et enchevêtrées, plongées dans une substance amorphe dans laquelle on rencontre éparpillées, isolées les unes des autres, de grosses cellules ayant l'aspect des cellules fixes du tissu conjonctif. Dans le néoplasme ainsi constitué courent de nombreux vaisseaux autour desquels les éléments de la tumeur semblent souvent s'orienter. Aussi, à un très faible grossissement, paraît-elle constituée par des nodules de volume variable, au centre desquels on rencontre toujours un vaisseau.

Les fibres conjonctives sont faciles à étudier dans tout le détail de leur distribution sur les coupes colorées au Van Gieson, qui teinte en carmin foncé leurs ramifications les plus ténues.

Elles sont aussi irrégulières qu'il est possible, et dans un champ de microscope on en voit de toutes les dimensions et de toutes les formes, depuis le gros amas à fibrilles parallèles, rappelant la systématisation des lames tendineuses, jusqu'à l'éparpillement de fibrilles presque imperceptibles, tel qu'en pourrait donner la plus réussie des dissociations. Il est facile de constater que les petites fibrilles ne sont que des éléments détachés des fibres plus volumineuses.

Irrégulières dans leur volume, irrégulières dans leur forme les fibrilles forment un feutrage ici très serré, là très lâche, dans lequel sont dispersés, de loin en loin, les éléments cellulaires du néoplasme.

Ces cellules sont surtout de grosses cellules très pâles, possédant un noyau peu colorable généralement excentrique, un protoplasma granuleux à limites souvent imprécises. La cellule a tendance à s'effiler en un, deux prolongements pointus, parfois très nets. Cette cellule, qu'on pourrait à la rigueur rapprocher de la cellule du myxome, n'est en réalité que la grosse cellule fixe du tissu conjonctif, telle qu'on la peut étudier après dissociation du tissu cellulaire par la boule d'œdème, par exemple.

On rencontre encore d'autres cellules, mais celles-là sur certains points des préparations seulement : ce sont les petites cellules embryonnaires, les mononucléaires mobiles, elles sont assez rapprochées les unes des autres, et forment parfois de véritables petits amas.

D'une façon générale, la tumeur, formée surtout de fibres, est très peu riche en cellules. C'est vers sa périphérie qu'elle est le plus cellulaire. S'il nous a été donné d'apercevoir parfois une cellule plus volumineuse que les autres, contenant deux et même trois noyaux, formée d'un protoplasma vacuolaire, jamais nous n'avons pu penser à rapprocher notre tumeur de l'un quelconque des sarcomes actuellement classés.

Les vaisseaux qui parcourent la tumeur sont, les uns volumineux, visibles à l'œil nu, les autres tout à fait microscopiques. Leur endothélium est toujours respecté ; leur lumière, très nette, est souvent bourrée de globules rouges. Les fibrilles conjonctives de leur tunique adventice

— et celle-ci est très épaisse sur les vaisseaux volumineux — s'éparpillent peu à peu pour se continuer directement avec les fibrilles conjonctives de la tumeur; mais, en général, tout autour du vaisseau, la tumeur est particulièrement lâche; Il s'ensuit qu'il existe autour de chaque vaisseau une aréole plus claire limitée en dehors par une zone circulaire plus sombre.

Telle est la structure générale de la tumeur. Étudions maintenant les quelques points qui différaient de cet aspect d'ensemble.

Le kyste représentait une dégénérescence de la partie centrale de la tumeur : là les travées conjonctives, cette fois épaissies et presque parallèles les unes aux autres, étaient séparées par des cellules dont aucun réactif ne colorait plus les noyaux. Au contact de la cavité kystique, les travées, très amincies, étaient séparées par des lacs d'une substance homogène colorée en rose par l'éosine, en jaune orange pâle par le Van Gieson.

Nous avons rencontré à la périphérie de la tumeur, à moins d'un centimètre au-dessous de sa coque, deux petits noyaux osseux accolés l'un à l'autre et tout à fait caractéristiques. Ils constituent de véritables os en miniature, creusés de canaux irréguliers remplis de moelle osseuse, et entourés par une lame, assez incomplète d'ailleurs, de tissu conjonctif condensé formant une sorte de périoste.

Les travées osseuses, caractérisées par leur coloration rouge orange au Van Giéson, leur coloration mauve par l'hématoxyline éosine, comprennent une, deux, trois rangées d'ostéoblastes parallèles aux bords de la cavité que la travée osseuse limite. Les cavités sont remplies par une moelle formée surtout de cellules allongées ou triangulaires plus volumineuses au contact même de l'os, ces cellules s'entourent peu à peu d'une muraille d'osséine, et l'on peut voir tous les intermédiaires entre l'ostéoblaste intramédullaire et le corpuscule osseux définitivement constitué. Il s'agit donc là d'un os en voie d'accroissement. Nous n'avons rencontré sur nos coupes que quelques cellules volumineuses à plusieurs noyaux du type myéloplaxe.

A la périphérie des deux noyaux osseux, les fibres conjonctives de la tumeur se condensent en une couche assez dense de fibres presque parallèles, formant collier aux noyaux, au milieu desquelles on peut déjà distinguer un assez grand nombre de cellules volumineuses, de forme irrégulière. Au contact de ce périoste véritable et de l'os, on voit les fibres conjonctives périostes en pleine substance osseuse, tandis que les cellules volumineuses deviennent cellules véritables d'une ossification périostique très bien caractérisée.

Nous avons enfin pratiqué des coupes à la limite du rein et de la tumeur. Elles nous ont montré partout une séparation nette entre les deux : le rein, normal en certains points, était en d'autres sclérosé, bourré de ces cicatrices glomérulaires qu'on rencontre dans les vieilles néphrites chroniques, étouffé dans ses éléments nobles par l'abondance de ses éléments conjonctifs. Presque partout une ligne nette représentant la capsule conjonctive du rein, marquait la limite entre le rein et la tumeur. Au niveau du point le plus sclérosé du parenchyme

rénal, cependant, il n'existait pas de séparation entre les deux éléments, et les fibres conjonctives du néoplasme arrivaient jusqu'au contact des globes urinifères les plus superficiels, en se continuant autour d'eux avec les fibres conjonctives de la sclérose rénale.

Il est ainsi possible que la tumeur se soit développée à la périphérie du parenchyme rénal. Il nous paraît plus probable qu'elle s'est développée d'abord en dehors du rein, dans sa capsule fibreuse ou plus loin même, l'envahissement tout à fait limité du rein ne serait qu'un phénomène secondaire.

En résumé, la tumeur examinée rentre dans la catégorie des tumeurs dites pararénales. C'est une tumeur mixte, puisqu'elle contient deux noyaux osseux au milieu des éléments fibro-conjonctifs qui forment la grande masse de son parenchyme. Cette masse elle-même doit être rangée dans la classe des fibromes. C'est une sorte de fibrome œdémateux, riche en fibres, pauvre en cellules.

Sur les différents points que nous avons examinés, nous n'avons trouvé ni éléments épithéliaux, ni fibres musculaires, ni cartilage.

Il s'agit donc là d'un ostéofibrome pararénal; il doit être rapproché du cas de Hildebaudt, qui seul, parmi tous les cas de tumeurs pararénales, avait jusqu'à présent rencontré des fragments osseux.

Présentation d'instrument.

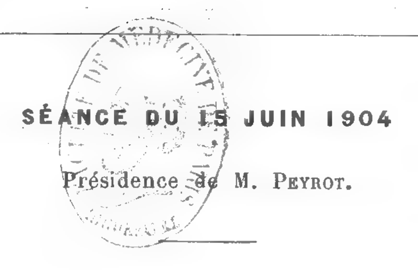
Anesthésie.

M. Guglielminetti présente un appareil pour l'*anesthésie chloroformique* (mélanges titrés de chloroforme et d'oxygène). — Rapporteur : M. Kirmisson.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 15 JUIN 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. KALLIOUZIS (d'Athènes) remerciant la Société de Chirurgie de sa récente nomination au titre de membre correspondant.

3°. — Deux mémoires de M. M. GUILLOT (du Havre). Le premier, sur une *Modification à l'omentopexie par le procédé de Talma.*

Le second, sur un *appareil destiné au traitement des fractures de l'humérus.*

Les deux mémoires de M. GUILLOT sont renvoyés à une Commission dont M. RICARD est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. DENIS (de Constantinople) intitulé : *De l'hépatice aiguë et son traitement chirurgical.*

Le travail de M. DENIS est renvoyé à une Commission dont M. FAURE est nommé rapporteur.

5°. — Deux mémoires de M. JEANNE (de Rouen), Le premier est intitulé : *Pleurésie purulente à pneumocoques. Ouverture dans les bronches et à la peau. Fistule et vomique persistantes. Cachexie. Résection thoracique. Décortication et résection de la plèvre pulmonaire. Guérison.*

Le deuxième concerne un cas d'*Anévrysme artérioso-veineux traumatiques traité avec succès par l'extirpation.*

Les deux mémoires de M. Jeanne sont renvoyés à une Commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Fibrome et cancer.

M. Richelot. — Je vous demande la permission de souligner, en quelques mots, les faits qui ont été exposés mercredi dernier par MM. Bazy, Ricard, Tuffier, Beurnier. Leurs communications, malgré les réserves qu'elles contiennent, m'ont fait un vif plaisir.

L'observation de M. Bazy, d'une malade qui subit l'hystérectomie totale pour fibrome en 1898, et qui revient aujourd'hui avec un cancer de la cicatrice vaginale, nous montre que l'extirpation intégrale de l'utérus ne met pas à l'abri d'un cancer du vagin ou de toute autre région; il fallait s'y attendre. Moi-même, dans l'avant-dernière séance, je vous ai raconté un fait de même ordre : fibromes utérins d'ancienne date, tumeurs ovariennes, et cancer plus récent d'un cul-de-sac vaginal. Et j'ai dit à ce propos que, si l'hystérectomie totale eût été faite il y a dix ans, elle n'eût pas empêché de naître un cancer du vagin; c'est l'évidence même. Or ce fait, je vous l'ai cité à l'appui des idées que je soutiens, et celui de Bazy, celui de Beurnier, loin de me contredire, viennent parler dans le même sens. Il y a, en effet, deux choses dans les communications que je vous ai faites : 1° une question de pathologie; 2° une question de technique opératoire.

Sur le premier point, vous me donnez vous-mêmes des arguments nouveaux, vous ajoutez de nouveaux faits à ceux qui me permettent de soutenir que ces neuro-arthritiques, dont l'utérus est congestionné, hypertrophié, fibromateux avec ou sans fibromes sont bien les femmes prédisposées au cancer. La tumeur maligne se développe où elle veut, très souvent dans l'utérus; le cancer vaginal primitif est infiniment plus rare, n'empêche que c'est un cancer, et qu'en le produisant la femme obéit, comme je l'ai dit, à ses tendances natives et poursuit logiquement sa carrière. Vraiment, je dois vous savoir gré de m'apporter les exemples que vous avez sous les yeux; peut-être, en ne les laissant plus

échapper, en les voyant s'accumuler au contraire, finirez-vous par ne plus trouver qu'il s'agit de coïncidences fortuites. Son observation, jointe à la foule des autres, a pour moi une valeur indéniable : elle nous montre, je le veux bien, que l'hystérectomie totale ne résout pas toutes les difficultés, ne prévient pas toutes les surprises, mais elle désigne en même temps sur quel terrain se développe le cancer.

J'en dirai autant de celle de Ricard. Sa malade avait un fibrome depuis plusieurs années, et ne s'en portait pas plus mal ; comme de juste, on la laissait tranquille. Puis, il y a peu de jours, on découvre sur son col un épithéliome commençant. Voilà, certes, un malheur qu'on ne peut pas toujours conjurer, car nous sommes d'accord, je l'ai dit et je le répète, pour ne pas nous jeter à l'aveugle sur les fibromes qui n'altèrent pas la santé. N'empêche que la malade eût été plus heureuse si quelque symptôme pressant eût rendu jadis l'opération opportune. La voilà qui, après plusieurs années passées à vivre en bonne intelligence avec son fibrome, devient une cancéreuse, semblable à celle dont je vous ai parlé dans l'avant-dernière séance et que j'avais opérée le matin même, semblable à tant d'autres que vous avez vues sans y prêter attention et qui auraient pu vous convaincre.

Voici maintenant Tuffier. Il nous avait dit, en novembre dernier, que l'association du fibrome et du cancer, « considérée au point de vue purement anatomo-pathologique, n'est pas très rare », mais que « la coexistence du cancer et de fibromes chirurgicaux, de fibromes sur lesquels nous avons à intervenir, est rarissime ». Aujourd'hui, il nous cite une opération qu'il a faite sur un utérus qui portait à la fois un cancer et deux fibromes. J'ignore si, dans ce cas, la coexistence était purement anatomo-pathologique; affaire d'appréciation qui m'importe peu, car je lui ai déjà répondu que, pour établir la relation pathogénique, il n'est pas nécessaire que les tumeurs soient grosses, et d'autre part, tous les faits qui ont été mis en lumière dans la discussion de l'année dernière et depuis lors (Richelot, Hartmann, Le Dentu, Guinard, Rochard, Delbet, Quénu, Lauwers, Pichevin, Pauchet, Moulonguet, Barette, Potherat), ceux mêmes dont je vous ai parlé dans ma dernière communication ont trait à de gros fibromes, essentiellement chirurgicaux, ce qui prouve que, même sous cette forme, la coexistence n'est pas, comme le veut Tuffier, rarissime.

Voyons le second point, la question de technique opératoire. Bazy et Beurnier ont-ils pensé qu'en montrant un cancer du vagin après une hystérectomie totale, ils montraient par là même que la totale est vaine, et la subtotale suffisante ? Guinard m'a déjà dit cela : inutile de faire la totale à une femme dont le col est des-

tiné à devenir cancéreux, car la tumeur maligne « se développera fatalement sur un organe quelconque ». Mais j'ai protesté contre cette manière de voir. C'est par pure hypothèse et pour les besoins de la cause, qu'on voit ainsi le cancer « se porter ailleurs », comme disent les commères; rien ne prouve que, le moignon supprimé, la malade soit obligée de faire un autre cancer.

Ricard prétend que l'épithéliome développé sur le moignon cervical n'est pas une dégénérescence secondaire après une subtotale légitime; il s'agirait presque toujours d'un cancer qui existait déjà, mais n'a pas été vu au moment de l'intervention. Si, par exemple, chez la malade qu'il nous cite, on méconnaissait l'épithéliome commençant pour ne voir que le fibrome et faire la subtotale, dans quelques mois on pourrait croire à une dégénérescence secondaire. Sans doute, mais je ne vois pas bien l'intérêt qui s'attache à cette controverse. En fait, on a vu la dégénérescence maligne quelques mois après l'intervention, mais on l'a vue aussi après trois ans et demi, après quatre ans, après cinq ans; tels sont les faits communiqués à la Société de chirurgie depuis l'année dernière. Pourquoi tenez-vous tant à les oublier? Que votre moignon soit déjà cancéreux quand vous prenez le bistouri, ou qu'il soit destiné à le devenir l'année suivante, dans les deux cas il est fâcheux de le conserver. Supposez qu'au lieu d'opérer maintenant votre malade, vous l'ayez opérée avant le début de son épithéliome, vous auriez fait la subtotale sans arrière-pensée, et votre malade serait aujourd'hui cancéreuse; donc alors, aussi bien qu'aujourd'hui, la totale valait mieux.

Je n'insiste pas davantage, car mon seul but, en ce moment, est d'enregistrer les faits à mesure qu'ils viennent au jour, et, d'autre part, d'arrêter au passage les arguments qu'on m'a déjà opposés et qui se reproduisent, jusqu'au jour où ils seront définitivement réfutés.

Gastro-entérostomie.

M. Quénu. — Nous sommes bien près d'être d'accord, M. Hartmann et moi. Je n'ai pas dit qu'il fût toujours facile de discerner les ulcères en voie de cicatrisation et les ulcères en activité; mais de ce que là, comme partout en pathologie, il existe les difficiles cas intermédiaires, il ne s'ensuit pas que la distinction que j'ai voulu établir soit factice. M. Hartmann reconnaît, d'ailleurs, qu'en

pratique, les signes de stase concordent avec une bonne tendance évolutive des ulcères gastriques.

D'une manière générale, la gastro-entérostomie demeure jusqu'à nouvel ordre, la thérapeutique de choix des ulcères pyloriques, c'est entendu. S'ensuit-il que pour une catégorie d'ulcères il ne faille pas chercher mieux? Je pense que non, et le nombre respectable des accidents mortels que n'a pu éviter la gastro-entérostomie semble me donner raison. Je dis nombre respectable, par rapport au nombre total des opérations faites pour ulcères hémorragiques *en évolution*; et, quoi qu'en dise M. Tuffier, les dernières ne sont pas tellement communes, et j'ai été plus que surpris, je dirai volontiers stupéfait, par le terme de milliers d'observations qui a sans doute échappé à son improvisation. Je dois enfin rectifier une observation, celle de Korte. Son malade gastro-entérostomisé n'est pas mort douze ans après l'opération, comme le rapporte à tort Pinatelle dans sa thèse, mais douze jours après.

M. Tuffier. — Je n'ai pas sous les yeux le texte auquel M. Quénu fait allusion, mais je puis dire de suite qu'il eût pu s'agir de *gastro-entérostomies pour hémorragies de l'estomac*. J'ai, pour ma part, pratiqué seulement neuf opérations pour gastrorragies sur un nombre considérable d'anastomose gastrique (plus de 150) (1) et je donnerai l'explication de ce fait.

(1) Voici le texte : « Sans doute ces quelques faits que M. Quénu a rapportés sont intéressants et, à la statistique qu'il nous dit avoir hâtivement effectuée, je pourrais moi-même ajouter quelques cas. Leur nombre serait malgré cela bien infime comparé aux milliers d'opérations pratiquées en pareil cas; ils constituent une rareté; aussi je crois toujours que bien appliquée dans ces cas spéciaux la gastro-entérostomie simple ou combinée est une excellente opération que nous devons conserver sans nous laisser influencer par des faits exceptionnels d'hémorragies récidivantes. »

Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien.

M. Chaput. — Il est classique à l'heure actuelle d'attaquer par la voie abdominale tous les abcès appendiculaires même lorsqu'ils présentent des prolongements dans le bassin. On place en pareil cas des mèches ou des drains jusqu'au fond des diverticules et on les y laisse jusqu'à ce que le foyer soit tari. Cette manière de faire n'est pas mauvaise en soi puisqu'elle permet de guérir la plupart des malades; elle présente toutefois les inconvénients suivants : 1° elle expose à l'éventration; 2° elle nécessite un traitement longtemps prolongé; 3° dans certains cas elle draine mal et la mort peut être la conséquence du drainage insuffisant.

On est quelquefois obligé, chez la femme en particulier de faire des contre-ouvertures par le vagin.

Je voudrais attirer l'attention de mes collègues sur les avantages considérables que présente chez la femme non vierge l'incision vaginale et chez la vierge et chez l'homme l'incision rectale d'emblée.

Je rapporterai d'abord succinctement mes sept observations.

Dans la première observation c'est une fille de seize ans vierge qui présente au cours d'une appendicite aiguë un gros empâtement situé dans le côté droit de l'abdomen, proéminant dans le bassin et accessible au toucher rectal.

Au bout d'une quinzaine de jours une évacuation spontanée se fait par le vagin, mais l'écoulement s'arrête bientôt et la tuméfaction augmente. Le 26 mai 1902, je fais d'abord une incision iliaque mais je tombe sur un tel paquet d'anses adhérentes à la paroi que je m'arrête et prends le parti d'inciser le rectum par les voies naturelles. Je fais un petit orifice à la paroi rectale antérieure avec la pince-trocart; il s'écoule une grande quantité de pus très fétide. Aucun pansement; l'orifice est dilaté chaque jour avec le doigt. Guérison en huit jours.

Dans ma deuxième observation il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui m'est adressé par mon ami M. Œttinger pour une grosse induration abdominale étendue du pubis à l'ombilic et sonore à la percussion, ce qui est dû soit à la présence de gaz dans le foyer, soit à l'interposition des intestins.

Dans cette hypothèse l'intervention par l'abdomen peut être grave; aussi je me décide à faire l'incision rectale comme il a été dit plus haut; la guérison a lieu en huit jours.

Le troisième malade, âgé de vingt-cinq, ans avait été opéré d'appendicite par un de nos collègues le 16 décembre 1903; il

avait eu, la nuit suivante, deux hémorragies graves ayant nécessité la désunion et le tamponnement. Depuis lors, la température était restée élevée. Je constatai en prenant le service la présence d'une grosse tuméfaction hypogastrique à prolongement pelvien.

Le 30 décembre 1903, je fis l'incision rectale. Guérison en huit jours.

C'est encore d'un sujet jeune (seize ans) qu'il s'agit dans mon quatrième cas. Dix jours après le début de son appendicite, il présentait un empâtement de la fosse iliaque perceptible par le toucher rectal.

Le 13 mai 1904, je fis l'incision rectale. Guérison en huit jours. Je fis ensuite à froid l'ablation de l'appendice le 31 mai suivant. Guérison.

Dans les observations qui vont suivre il s'agit de femmes adultes, déflorées; aussi la collection appendiculaire pelvienne a-t-elle été ouverte par colpotomie.

Dans l'observation V, chez une femme de vingt ans, j'ai ouvert trois abcès, deux par colpotomie postérieure (27 mai 1904) et le troisième par colpotomie antérieure (2 juin 1904). Guérison en quinze jours.

Dans la sixième observation une femme de trente-trois ans présentait une collection péritonéale enkystée située à droite, assez loin du vagin; je l'ouvris le 2 juin 1904 par colpotomie postérieure, elle fut guérie en quelques jours.

Dans le dernier cas, j'ai opéré le 10 mai 1904 une femme de vingt-sept ans, d'appendicectomie, par l'abdomen; les jours suivants la température s'élève et je perçois un gros empâtement iliaque avec prolongement dans le bassin. Je fais la colpotomie le 22 mai 1904, et j'évacue un gros épanchement sanguin. Drainage avec une mèche renouvelée seulement une fois au huitième jour. Guérison.

Etude des voies d'accès aux collections pelviennes appendiculaires. — Les voies qui conduisent aux abcès pelviens sont :

La voie parasacrée,
— périnéale,
— abdominale,
— vaginale,
— rectale.

1° *La voie parasacrée*, que j'ai étudiée cliniquement chez l'homme et chez la femme, possède l'avantage d'être déclive, mais elle présente plusieurs inconvénients : 1° elle nécessite une grande plaie qui favorise l'infection ; 2° il est difficile d'arriver sur la

collection car les organes du bassin sont mous et fuient sous le doigt; 3° on blesse assez souvent des grosses veines dont l'hémostase est difficile; 4° les plaies sont très longues à fermer; 5° elles sont difficiles à tenir aseptiques à cause des selles et des mictions.

2° *La voie périnéale*, est contre-indiquée chez la femme, car la voie vaginale est toujours plus directe et plus simple.

Chez l'homme la voie périnéale préconisée par Mauclaire n'est pas irrationnelle en soi comme le prouvent les observations de Froelich et de Delanglade; on peut seulement lui reprocher comme à la voie parasacrée : 1° de nécessiter une plaie large et profonde; 2° de rendre l'asepsie difficile à cause de la région; 3° de ne pas fournir un accès court et direct sur la collection.

3° *Voie abdominale.* — Ainsi que je le disais plus haut, la voie abdominale latérale ou médiane est susceptible de plusieurs reproches très graves quand il s'agit des abcès à prolongement pelvien.

1° Elle expose fatalement à l'éventration à cause du drainage.

2° Elle expose aux fistules stercorales.

3° Elle draine mal, l'ouverture n'étant pas déclive, mais supérieure.

4° Dans certains cas on est obligé de faire une contre-ouverture soit vaginale chez la femme, soit périnéale ou sacrée chez l'homme. (Mieux vaudrait faire l'incision rectale.)

5° La voie abdominale est manifestement inférieure dans les cas semblables à ceux de nos observations II et V dans lesquels la collection est médiane, hypogastrique et recouverte d'anses intestinales. On ne peut ouvrir de telles collections qu'en détruisant les adhérences protectrices et en inoculant le péritoine. Si on compare ces inconvénients aux avantages des voies vaginale et rectale on conclura sans hésitation en faveur de ces dernières.

6° La guérison demande toujours plusieurs mois quand on emploie la voie abdominale, nous verrons que les voies vaginale et rectale amènent la guérison en huit ou dix jours.

7° Enfin la voie abdominale fournit une mortalité considérable 33 p. 100 d'après Rotter (1). Nous verrons plus loin que la voie rectale ne donne aucune mortalité.

4° *Voie vaginale.* — La voie vaginale est la voie de choix chez les femmes adultes et déflorées; elle est inapplicable chez les vierges.

Elle permet d'accéder à toutes les collections pelviennes, qu'elles

(1) Rotter *Deutsche med. Woch.*, 1900.

soient hautes comme dans l'observation VI ou basses, qu'elles siègent dans le cul-de-sac de Douglas ou dans le cul-de-sac vésico-utérin ou dans les deux comme dans l'observation V.

La colpotomie se divise en colpotomie postérieure (médiane ou latérale) et colpotomie antérieure.

Cette dernière nécessite l'incision du cul-de-sac antérieur et le décollement de la vessie.

La colpotomie postérieure peut se faire aux ciseaux, ou au bistouri, ou bien avec le trocart de Laroyenne ou avec ma pince trocart. Son seul inconvénient, c'est la blessure d'une artère vaginale dont l'hémorragie peut être abondante et difficile à arrêter par les moyens ordinaires. Cette hémorragie s'arrête avec une facilité extrême par le procédé de l'éponge (Laroyenne).

On prend une éponge vraie aseptique, ayant un diamètre double de celui de la plaie vaginale on la saupoudre d'iodoforme ou de peroxyde de zinc et on l'introduit à frottement dans la plaie où elle s'étrangle. L'hémorragie s'arrête instantanément. Au bout de quarante-huit heures on retire l'éponge; si l'hémorragie se reproduit, on en remet une autre pendant deux jours encore; l'hémorragie est alors définitivement arrêtée.

Quand il n'y a pas d'hémorragie, ou quand on a pu supprimer l'éponge, on bourre le foyer avec de la gaze aseptique iodoformée, ou mieux de la gaze au peroxyde de zinc.

Le premier pansement reste en place huit jours. On se contente pendant ce temps de changer la garniture de la vulve. Au bout de huit jours ou retire les mèches qui n'adhèrent en aucune façon et si la cavité présente encore une grande profondeur on replace une autre mèche qu'on laisse encore une semaine, après quoi on met la malade aux injections d'eau salée ou oxygénée.

Voie rectale. — Elle a été employée en 1887 par Byford pour les abcès salpingiens, par Gerster, Stimson et Richardson pour les abcès appendiculaires (1890 et 92) et enfin par Jaboulay (1896) et ses élèves qui ont écrit de chauds plaidoyers en faveur de la méthode. Citons les thèses de Dormoy, Ouin, Esnault, Chevalier et le remarquable mémoire de Bérard et Patel dans les *Archives de Gynécologie*, 1903.

A l'étranger la voie rectale a été employée par Petersen, Schlange et Rotter.

Théoriquement la voie rectale est peu séduisante car on n'admet pas comme satisfaisante la perspective de l'introduction des matières fécales dans une cavité d'abcès; on lui reproche encore d'exposer à l'hémorragie, à la rectite, de ne pas permettre le drainage; nous allons faire justice de toutes ces objections.

Introduction des matières fécales dans le foyer. — On peut éviter

cette introduction en faisant, comme je le conseille, une très petite ouverture au rectum permettant l'issue du pus mais non l'introduction des matières.

Si l'on préfère l'incision large on bourrera le foyer avec un drain sortant par l'anus et enchemisé de gaze.

Quand même le drain et la gaze tomberaient, l'introduction des matières n'aurait aucun inconvénient si leur sortie facile est assurée; il n'y aurait de danger que si l'introduction des matières était possible avec sortie difficile, mais cela n'a pas lieu avec l'incision large.

Avec l'incision étroite la sortie des matières est assurée, si on prend soin, comme je le conseille, de dilater chaque jour l'orifice avec la pointe de l'index.

Hémorragie. — L'hémorragie n'a été observée que très exceptionnellement; on peut s'en rendre maître soit en dilatant l'anus et amenant la plaie rectale sous l'œil de l'opérateur, avec des pinces érignes soit, en bourrant la dite plaie avec une éponge vraie à la façon de Laroyenne.

Rectite. — La rectite occasionnée par l'écoulement du pus n'existe pas, c'est une vue de l'esprit; elle n'a jamais été observée par les chirurgiens qui ont employé la voie rectale.

Insuffisance du drainage. — J'ai déjà indiqué plus haut qu'on peut introduire dans le foyer un gros drain sortant par l'anus, entouré de gaze.

Si le drain tombe, on en est quitte pour entretenir avec le doigt la perméabilité de l'orifice.

Technique de l'incision rectale. — L'opération peut s'exécuter à la cocaïne locale ou lombaire ou même sans aucune anesthésie, tant elle est peu douloureuse.

On commence par laver la région anale, puis le rectum à l'eau oxygénée.

Il est inutile de dilater l'anus.

La main d'un aide déprimant l'abdomen j'introduis mon index gauche dans le rectum et je choisis pour l'incision le sommet du soulèvement rectal.

A ce niveau, je perfore la paroi rectale d'un coup sec de ma pince trocart que j'ouvre ensuite légèrement; le pus s'écoule en abondance dans le rectum, on l'absorbe avec des éponges, et quand l'asséchement est obtenu je place un pansement extérieur sur l'anus et l'opération est terminée.

Les jours suivants je fais donner au malade matin et soir des lavements à l'eau oxygénée, et tous les jours je dilate avec l'index l'orifice rectal qui a grande tendance à s'oblitérer.

Cette dilatation n'est nullement douloureuse.

On peut encore procéder par incision aux ciseaux et drainer le foyer avec un tube et des mèches comme le conseille Jaboulay.

Petersen fait une incision large et pas de drainage; je crois cette manière de faire très bonne à la condition de surveiller la perméabilité de l'incision rectale.

L'ablation de l'appendice ne peut se faire par la voie rectale, on l'exécutera plus tard à froid par l'abdomen.

Avantages de la voie rectale. — La voie rectale a des avantages tels que je suis convaincu qu'il suffit de l'essayer pour en devenir immédiatement partisan.

L'opération est simple, facile, rapide, la plaie produite est insignifiante, l'hémorragie nulle.

L'anesthésie n'est pas indispensable, on peut se contenter de l'anesthésie locale ou lombaire.

La voie rectale est déclive et draine très bien.

Elle n'expose pas à l'éventration ni aux fistules stercorales.

Ses deux avantages les plus importants sont : la rapidité de la guérison et l'innocuité absolue.

Mes quatre incisions rectales ont guéri en huit jours et je n'ai eu aucun décès.

Bérard et Patel, sur les vingt-quatre observations de leur mémoire, n'ont eu aucune mort.

Rotter dans ses statistiques a trouvé que la voie abdominale lui avait fourni 33 p. 100 de morts tandis que la voie rectale n'avait donné aucune mort sur 15 cas: soit en tout quarante-trois opérations sans un seul décès.

Il y a lieu de se demander, en présence des avantages considérables de la voie rectale, si elle ne devrait pas être toujours substituée à la colpotomie postérieure, même pour les pyosalpinx.

Il est bien entendu qu'il n'est pas question de supprimer la colpotomie antérieure qui est d'ailleurs d'un emploi tout à fait exceptionnel.

Conclusions. — Les abcès appendiculaires à prolongement pelvien seront chez la femme adulte attaqués par la voie vaginale. Chez l'homme et chez les vierges l'incision rectale est la méthode de choix pour le traitement de ces abcès.

Cette méthode présente sur la voie abdominale les avantages suivants : Anesthésie générale inutile, opération simple, plaie insignifiante, drainage déclive, absence d'éventration. Guérison très rapide et mortalité nulle.

Communications.

M. Bonnet lit une observation de *suture de la branche motrice du nerf radial dans la traversée du court supinateur, traitée par la suture et suivie de restauration fonctionnelle complète au bout de quatre mois.* — M. Lejars, rapporteur.

Mme Nageotte adresse une communication sur *l'allongement des membres inférieurs en général, et dans des arthrites tuberculeuses en particulier.* — M. Broca, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 JUIN 1904

Présidence de M. SCHWARTZ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. FÉLIZET dépose sur le bureau un travail de M. BREYNAERT (de Dunkerque), intitulé : *Appendicite aiguë. Terminaison par abcès pelvien ouvert spontanément dans le rectum.*

Le travail de M. BREYNAERT est renvoyé à une Commission dont M. FÉLIZET est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société de Chirurgie, de la part de M. MORDRET fils (du Mans), la mort de M. MORDRET père, membre correspondant.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. TUFFIER. — Je tiens à rectifier une faute d'impression qui s'est glissée page 647, dans ma réponse à M. QUÉNU. Il faut lire : non pas « eût pu », mais « *ne peut.* »

A l'occasion du procès-verbal.

Des avantages de l'incision rectale pour l'évacuation des abcès appendiculaires pelviens.

M. Paul Reynier. — Je tiendrais à appuyer ce qu'a dit mon ami M. Chaput sur les avantages qu'offrait la voie rectale pour l'ouverture des abcès appendiculaires pelviens, préconisant comme lui la voie vaginale, quand elle est possible, chez la femme déflorée. Depuis plus de deux ans, toutes les fois que je trouve un abcès bombant et accessible du côté du rectum, j'ai de préférence eu recours à l'incision rectale, qui me paraît offrir, d'après ce que j'ai vu, plus de sécurité que la laparotomie.

Comme l'a dit M. Chaput, cette incision, à cause de sa position déclive, permet en effet le drainage mieux que l'incision abdominale. Aussi est-on étonné, surtout si on compare les résultats des deux interventions, de voir avec quelle plus grande rapidité se fait la guérison de ces abcès, surtout si on aide par la compression abdominale l'évacuation journalière.

On a, de plus, à remarquer l'innocuité très remarquable de l'ouverture de ces abcès par la voie rectale. J'ai ouvert ainsi depuis deux ans cinq abcès volumineux pelviens sans avoir aucun accident. Immédiatement, la chute de la température s'est produite et s'est maintenue, et cependant il s'agissait d'abcès que j'ouvris tardivement : un au bout de quinze jours, un autre au bout de dix jours, un dernier chez un jeune enfant de cinq ans au bout de dix-huit jours.

Par la voie abdominale, au contraire, nous avons souvent à redouter ces ouvertures tardives. Que de fois n'avons-nous pas vu, le lendemain de l'opération, la température s'élever, un frisson survenir, les bords de la plaie prendre un aspect grisâtre, symptômes qui, le plus souvent, s'amendent avec les lavages à l'eau oxygénée, les applications de teinture d'iode, mais qui ne nous montrent que trop combien il est dangereux de laisser écouler ce pus très virulent sur des plaies nouvellement cruentées où les lymphatiques viennent d'être ouverts.

Quelquefois, la démonstration est malheureusement encore plus péremptoire, et nous avons vu des morts survenir dans les quarante-huit heures par infection suraiguë après l'ouverture abdominale trop tardive de ces abcès. M. Quénu a signalé de ces faits et c'est pourquoi, tout en étant un temporisateur, je ne le suis plus dès que j'ai constaté un abcès, èt que je dis qu'il y a tout

avantage à l'ouvrir précocement. On évite ainsi ces phénomènes d'infection et on a plus de chance de ne pas avoir une fistule stercorale. Or, nous ferons remarquer que celle-ci semble, comme l'a dit M. Chaput, pouvoir être évitée par l'incision rectale.

D'ailleurs, cette intervention est encore justifiée par ce que nous observons en clinique.

Si j'ai eu à constater, à la suite de mes interventions abdominales pour abcès appendiculaire, des suites qui ne répondaient pas à mon attente, par contre j'ai toujours été frappé, et je crois comme vous tous, combien sont simples les ouvertures d'abcès se faisant spontanément dans l'intestin, sous l'application de glace et d'une diète lactée bien conduite.

Or, par l'incision rectale, nous nous mettons dans les mêmes conditions. Nous limitons le traumatisme au minimum, et c'est probablement pour cela que les choses se passent aussi bien que M. Chaput et moi nous en avons été frappés.

Aussi croyons-nous qu'on ne saurait trop insister pour préconiser cette intervention, toutefois en faisant cette restriction qu'il faut que l'abcès soit accessible et bombe nettement du côté du rectum. On ne peut en effet méconnaître que cette voie est un peu aveugle, et que si, sans données précises, on voulait l'utiliser, on pourrait avoir des ennuis.

Aussi je conseille, avec une canule de l'appareil Potain, canule cannelée, de ponctionner par avance ce que l'on croit devoir être l'abcès, et, si le pus s'écoule, laissant la canule en place, se servir de la rainure pour introduire le bistouri et fendre le rectum dans la longueur d'un centimètre, de manière à y placer un drain d'un volume suffisant. Inutile d'insister sur la nécessité de faire des lavages journaliers rectaux fréquents, surtout après chaque évacuation.

M. Chaput. — Je remercie mon ami M. Reynier de son intéressante communication. Nous partageons les mêmes idées sur tous les points traités, en particulier sur l'importance d'une très petite incision rectale.

Je n'avais pas parlé dans ma communication de mes observations personnelles relatives à la gravité des laparotomies pour les abcès appendiculaires à prolongement pelvien, mais je dirai aujourd'hui que j'ai opéré deux abcès de ce genre par l'abdomen, et qu'ils ont succombé à bref délai.

Je suis convaincu que l'incision rectale m'aurait fourni un résultat moins regrettable.

Le traitement opératoire direct de l'hypertrophie prostatique.

M. Henri Hartmann. — La communication de notre collègue Pousson vient de porter à notre tribune la question du traitement opératoire direct de l'hypertrophie prostatique. Je n'y ai eu jusqu'ici recours que dans un nombre relativement restreint de cas. Sur 426 prostatiques qui se sont présentés à la consultation de mon service à l'hôpital Lariboisière depuis son ouverture, il n'a été pratiqué que 36 interventions ; encore faut-il ajouter que deux d'entre elles ont été faites sur le même malade, ce qui donne 35 malades opérés sur 426, soit environ 1 sur 8.

Résultats de l'opération.

La mortalité opératoire a été de 2 cas, 5,7 p. 100.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, chez lequel j'avais pratiqué, le 22 novembre 1901, une prostatectomie hypogastrique par un procédé identique à celui décrit dans ces derniers temps sous le nom de procédé de Freyer. Ce malade, dont les urines étaient purulentes, la température élevée, avait succombé le 12 décembre 1901, à des accidents de démence sénile.

Dans le deuxième, il existait manifestement avant l'intervention des lésions rénales graves : urines troubles, cachexie urineuse, fièvre, élimination du bleu intermittente et prolongée. Le malade, âgé de cinquante-sept ans, succomba le 11 décembre 1902, six jours après une prostatectomie périnéale, avec du délire ; l'élévation de la température ayant persisté malgré l'intervention.

Comme on le voit, dans aucun de ces deux cas, l'intervention ne semble avoir été la cause directe de la mort, si bien que *nous pouvons considérer la prostatectomie comme une des opérations les plus bénignes de la chirurgie.*

Les seules *complications* observées ont été la production d'une fistule recto-urétrale, accident évitable avec une bonne technique, et le développement secondaire d'une orchite que nous avons notée chez trois de nos opérés.

Tous nos malades ont été, sinon complètement *débarrassés des accidents* qu'ils présentaient, tout au moins *considérablement améliorés.*

Au point de vue immédiat, si nous exceptons les deux cas que nous venons de relater, où la fièvre avait persisté malgré l'intervention et où la mort était survenue, dans les autres cas où il existait de la fièvre, fièvre qui, le plus souvent, n'avait pas cédé au

drainage de la vessie par la sonde à demeure, *nous avons vu la température tomber le soir même de l'intervention*, cela dans 15 cas. Une modification immédiate a de même été notée au point de vue de l'état des urines. Des *urines infectes*, sans devenir absolument claires, ont, dès le lendemain de l'opération, perdu toute odeur et *se sont en vingt-quatre heures notablement éclaircies.*

Les *symptômes digestifs* ont de même subi une rétrocession presque immédiate.

Au point de vue éloigné, les résultats ont été un peu différents suivant les cas.

Trois opérations de Bottini n'ont donné qu'un résultat médiocre. Dans un cas, la rétention a disparu, mais il a persisté une cystite rebelle; dans le deuxième, une rétention incomplète consécutive a nécessité le passage de la sonde; dans le troisième, le résultat, bon au point de vue évacuation de la vessie, a néanmoins été mauvais en ce sens que l'opération a été suivie d'une petite hématurie continue qui n'a cessé qu'après l'ablation de l'organe, pratiquée secondairement par la voie hypogastrique.

Sur 6 *prostatectomies hypogastriques*, 2 sont encore trop récentes pour pouvoir être étudiées au point de vue éloigné. Des 4 autres, 3 ont fourni un résultat excellent. Mictions normales, urines claires, pas de résidu après 5 mois, 1 an, 2 ans écoulés. Une fois nous avions pratiqué l'énucléation totale de la prostate par l'hypogastre, une fois l'ablation d'un lobe moyen et d'un petit calcul, une fois l'ablation d'un coin prostatique à la partie postérieure du col. Dans le quatrième cas où nous avions de même pratiqué une excision cunéiforme de la partie postérieure du col, il persiste 2 ans et 2 mois après l'intervention un résidu de 50 grammes et des urines légèrement troubles.

Nos 25 *prostatectomies périnéales* guéries peuvent être divisées en 3 catégories :

1° *Rétentions complètes de date relativement peu ancienne*, 9 cas. 1 est de date trop récente pour pouvoir être relaté, 1 a été perdu de vue; le malade allait bien lorsqu'il a quitté l'hôpital mais il portait une fistulette urétro-rectale; le résultat était donc mauvais; c'est peut-être parce qu'il n'était pas satisfait que ce malade n'a pas répondu à notre appel.

Nous avons pu revoir les 7 autres cas. Dans 2, le malade avait présenté des crises successives de rétention mais la crise actuelle était relativement récente, 8 et 11 jours; l'intensité des accès fébriles malgré la sonde à demeure nous porta à opérer rapidement. Nous n'eûmes qu'à nous en louer, les accès fébriles ayant disparu le jour même de l'intervention pour ne plus revenir. Les deux malades urinent depuis lors normalement, après 1 an et

8 mois, 2 ans et 4 mois, l'un vidant complètement la vessie, l'autre conservant 15 centimètres cubes de résidu.

Dans les autres cas, au moment où nous avons opéré, la rétention persistait complète après 22, 39, 40, 56 et 60 jours.

Quatre fois la prostate fut enlevée par énucléation; dans les 4 cas la miction redevint normale, 3 de ces malades vidant complètement la vessie, 1 seul conservant un résidu de 50 centimètres cubes. Une fois la prostate fut enlevée par morcellement, le malade urina spontanément, mais il conservait un résidu de 300 centimètres cubes.

2° *Rétentions complètes de date ancienne*, 6 cas. Une fois, il s'agissait d'un malade ne vidant la vessie qu'avec la sonde depuis 5 ans ; la prostatectomie périnéale par énucléation fut suivie d'un retour parfait des mictions.

Dans les 5 autres cas la prostate fut enlevée par morcellement et 2 fois son ablation fut combinée à celle de calculs vésicaux. Chez un de ces malades la rétention, qui datait de 22 ans, persiste, mais l'état est considérablement amélioré, en ce sens que les douleurs, les hématuries, le trouble et la fétidité des urines ont disparu. Les 4 autres vident spontanément leur vessie; l'un est mort 2 mois après l'opération, d'accidents cardiaques, les 3 derniers vont bien après 8 mois, 8 mois 1/2, 18 mois écoulés.

3° *Rétentions incomplètes*, 10 cas, dont 3 avec distension. — 2 sont de date trop récente pour pouvoir être relatés, 1 a été perdu de vue.

Des 7 autres prostatectomies, 2 ont été pratiquées par morcellement; dans la première, l'ablation de la glande a été incomplète; l'état est très amélioré, mais il persiste 180 centimètres cubes de résidu; dans l'autre, la rétention incomplète persiste; il a cependant bénéficié de l'intervention.

L'incontinence a disparu, les urines sont devenues claires et la fièvre, qui avait résisté à la sonde à demeure, est définitivement tombée depuis un an et neuf mois.

Les 5 autres malades, opérés par énucléation ont, de même, vu leur état s'améliorer considérablement après l'intervention. Ils ont été revus à des périodes variant de quatre mois à deux ans et deux mois après l'intervention; tous urinent librement; chez 2 le résidu est nul; chez les 3 autres, il est tombé de 550 centimètres cubes à 30 centimètres cubes, de 200 à 40, de 200 à 30.

Nous n'avons guère de renseignements sur le fonctionnement génital de nos opérés, dont le pouvoir sexuel avait déjà disparu au moment de l'opération. 1 seul avait encore des rapports fréquents; il a, depuis l'opération, toujours conservé la possibilité d'entrer en érection, la copulation s'effectue normalement; il éprouve un orgasme voluptueux, mais il n'a pas d'éjaculation.

Influence de l'âge des opérés. — L'âge de nos opérés ne nous semble pas avoir eu une grande influence sur les résultats opératoires. Si nous avons perdu un malade âgé de quatre-vingt-quatre ans, nous en avons guéri d'autres ayant soixante-dix-huit, soixante-quinze, soixante-treize, soixante et onze et soixante-dix ans; 19 avaient de soixante à soixante-neuf ans; 6 de cinquante à cinquante-neuf ans.

Influence du volume de la prostate et de l'état anatomique. — Le volume de la glande semble sans importance. Le poids des prostates enlevées a varié de quelques grammes à 65, 68, 70, 74, 80, 87 et 89 grammes, sans que ces modifications de poids aient paru avoir la moindre importance, tant au point de vue des résultats immédiats qu'à celui des résultats éloignés.

Il n'en a pas été de même de l'état anatomique de la prostate. D'une manière générale les cas à prostate énucléable en bloc, en deux ou trois morceaux, nous ont semblé donner des résultats fonctionnels supérieurs à ceux que l'état anatomique de la prostate nous avait obligé à opérer par morcellement. Cela ne tient pas, croyons-nous, au mode opératoire employé, mais à ce fait que les cas opérés par énucléation étaient en général ceux dont l'ablation avait été facile, ceux dans lesquels la prostate avait été plus sûrement enlevée en totalité. Il est, en effet, de la plus haute importance, pour avoir un bon résultat fonctionnel, d'enlever la totalité de la prostate, ce qui est possible dans le plus grand nombre des cas.

Technique opératoire.

1° **Voie hypogastrique.** — Nous avons pratiqué par cette voie, soit l'énucléation directe de la glande avec le doigt après incision de la muqueuse vésicale au niveau de chacun des lobes, soit l'ablation d'un lobe moyen hypertrophié, soit simplement l'excision d'un coin postérieur au niveau d'une barre du col. Nous n'insisterons pas sur la technique de ces opérations auxquelles nous n'avons eu recours qu'un petit nombre de fois.

2° **Voie périnéale.** — L'ablation par la voie périnéale de la prostate hypertrophiée comprend deux temps :

α) L'exposition de la face postérieure de la prostate;

β) L'ablation de la prostate découverte.

α) *Exposition de la face postérieure de la prostate.* — Pour éviter la lésion opératoire du rectum et l'hémorragie, il faut se rappeler quelques points d'anatomie.

Le rectum est attiré en avant par une adhérence solide au bec de la prostate, plus exactement à la partie postérieure de l'aponé-

vrose moyenne du périnée (*musculus recto-uretralis* de quelques auteurs allemands).

Il faut donc, après avoir découvert l'urètre membraneux, sectionner immédiatement en arrière de lui, à petits coups et transversalement, les trousseaux d'apparence fibreuse qui le réunissent au rectum, continuant à travailler ainsi au bistouri jusqu'au moment où, ayant dépassé la zone d'adhérence recto-urétrale, on sent que l'intestin se laisse facilement attirer en arrière. Rien n'est plus simple alors que de cheminer avec le doigt dans un interstice facilement décollable, résultant de la coalescence, au cours du développement, des deux feuillets du cul-de-sac péritonéal qui, dans les premiers temps de la vie, s'insinue entre la prostate et le rectum. On laisse ainsi les fibres musculaires rectales, et les veines qui y sont accolées, recouvertes d'une mince lame d'apparence fibreuse, ce qui permet d'opérer le décollement pour ainsi dire à sec.

Ces quelques notions posées, nous pouvons exposer rapidement le manuel opératoire. Les tables spéciales et les instrumentations compliquées nous semblent tout à fait inutiles. Un coussin de sable pour mettre sous la région lombo-sacrée, une petite valve vaginale de 45 millimètres, destinée à récliner le rectum en arrière, l'écarteur à deux branches de Proust pour fixer et attirer l'urètre membraneux en avant, un désenclaveur de Young ou de de Pezzer (les deux sont à peu près identiques et ont, croyons-nous, été inventés simultanément des deux côtés de l'Atlantique) nous semblent, avec l'instrumentation courante, bien suffisants pour pratiquer une prostatectomie.

Par une incision curviligne, allant d'un ischion à l'autre et encerclant la partie antérieure de l'anus, on coupe la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les attaches antérieures du sphincter, et l'on arrive sur le bulbe recouvert du bulbo-caverneux : on contourne sa partie postérieure et l'on découvre l'urètre membraneux dans lequel on a préalablement placé une sonde béquille de manière à le repérer facilement au fond de la plaie.

A ce moment, avec le bistouri, on sectionne transversalement les tissus qui l'unissent en arrière au rectum ; on place en avant l'écarteur de Proust, dont les deux branches encadrent le canal, et l'on continue à s'avancer dans la profondeur, jusqu'au moment où l'on sent que l'intestin se laisse facilement attirer en arrière. Deux coups de doigt écartent à droite et à gauche les fibres antérieures des releveurs et l'on pénètre avec facilité dans l'espace décollable rétro-prostatique, espace avasculaire, résultant de la coalescence du fond du cul-de-sac péritonéal embryonnaire ; plaçant alors sur la lèvre postérieure de la plaie une petite valve

vaginale, on a en avant, sous les yeux, la face postérieure de la prostate.

β) *Ablation de la prostate.* — Dans nos premières opérations, nous faisions à ce moment sur la prostate une incision longitudinale qui ouvrait largement l'urètre prostatique sur la sonde, puis nous nous amarrions avec des pinces de Museux sur la tranche prostatique que nous attirions et que nous cherchions à séparer des parties voisines.

Depuis le mois de septembre 1903, nous nous contentons de faire une petite boutonnière au niveau du bec de la prostate. Par cette boutonnière nous insinuons, jusque dans la vessie, un désenclaveur de Young, que nous ouvrons à ce moment, et avec lequel nous abaissons fortement la prostate dans la plaie.

Nous incisons alors, sur chacun des deux lobes, la capsule propre de la prostate, nous la repérons avec des pinces à pression et nous énucléons successivement chacun des deux lobes. Il faut se rappeler qu'en s'hypertrophiant les deux lobes latéraux de la prostate se portent souvent en avant du canal. Il est en général possible d'enlever ainsi, en un ou deux morceaux, chacun des lobes prostatiques.

Nous ne pratiquons le morcellement que dans les cas où l'énucléation est impossible. Une fois la prostate enlevée, il faut s'assurer avec le doigt que toutes les parties sont souples et qu'il ne reste pas un lobe moyen dans la plaie ; si le fait arrive, rien n'est plus simple que d'introduire le doigt dans la boutonnière urétrale, de l'attirer dans la plaie en le faisant basculer et d'en pratiquer l'ablation par la voie endo-urétrale.

Nous terminons l'opération en insinuant dans la vessie un gros tube de caoutchouc, dont la partie terminale seule présente des trous latéraux, et nous rapprochons sur lui par des catguts perdus les parties profondes de la plaie, dont le reste est mollement tamponné à la gaze iodoformée.

Il nous arrive fréquemment de terminer l'opération sans placer une seule ligature, aucun vaisseau important n'ayant été lésé au cours de l'intervention.

Le sixième jour j'enlève le drain périnéal et je place une sonde à demeure; celle-ci est supprimée le 12e jour, et à partir de ce moment je passe des béniqués à extrémité mousse, de gros calibre, de manière à modeler le canal. En général, au bout de trois semaines à un mois, la guérison est obtenue complète et sans fistule.

Indications de l'opération.

Jusqu'ici, comme on l'a vu par les chiffres donnés au début de cette communication, j'ai été assez sobre d'interventions. Les résultats obtenus font que, dans l'avenir, j'étendrai les indications de l'opération. Les complications telles que la rétention complète persistante, les attaques répétées de rétention, l'infection urineuse, les cystites graves avec rétention incomplète d'urine, les hématuries, la coexistence de calculs sont autant d'indications à l'opération.

D'une manière générale les prostates un peu volumineuses et pas trop dures étant plus faciles à enlever que les autres par le périnée, on pratiquera plus volontiers pour elles la prostatectomie périnéale.

L'inertie vésicale ne semble pas être une contre-indication ; plusieurs fois nous avons vu le muscle vésical recouvrer sa contractilité immédiatement après la suppression de l'obstacle prostatique. L'âge avancé des malades, s'il n'est pas combiné à une cachexie urineuse accentuée, ne nous semble pas non plus être une contre-indication; il en est de même de la pyélonéphrite dont les symptômes s'atténuent rapidement à la suite de l'établissement du large drainage périnéal qui suit la prostatectomie.

Nous serons, au contraire, sobre d'intervention lorsque l'élimination du bleu se fait mal, que la prostate est petite et dure, que le malade cachectique se sonde facilement.

Ces diverses indications et contre-indications ne nous semblent pas encore pouvoir être établies d'une manière définitive ; celles que nous posons nous paraissent simplement découler des cas qui ont été soumis à notre observation.

I. — Prostatectomies hypogastriques.

Obs. I. — B..., soixante-neuf ans. Urines troubles, fièvre persistant malgré la sonde à demeure. Résidu : 100 centimètres cubes.

5 *décembre* 1901. *Prostatectomie partielle hypogastrique* (excision d'un coin postérieur).

27 janvier 1902. Urines claires, mictions faciles. Le malade est mort en décembre 1903 d'hémorragie cérébrale sans jamais avoir été sondé depuis sa sortie de l'hôpital.

Obs. II. — J..., quatre-vingt-quatre ans, urines purulentes, fièvre intense. 22 *novembre* 1901. *Prostatectomie hypogatrique par énucléation.* Mort le 12 décembre avec des accidents de démence sénile.

Obs. III. — L.... cinquante-sept ans ; plusieurs crises de rétention

complète, hématurie, orchite à bascule; urines troubles; résidu : 500 centimètres cubes.

Une opération de Bottini est faite le 28 octobre 1903; à partir de ce moment le malade vide la vessie; mais il a un suintement sanguin continu.

Le 20 *janvier* 1904, le suintement sanguin continuant, *prostatectomie hypogastrique par énucléation.* Poids : 68 grammes.

5 mars 1904. Va très bien, urines claires, pas de résidu.

Obs. IV. — B..., soixante et onze ans, urines troubles, résidu : 3 litres, fièvre.

6 *décembre* 1901. *Prostatectomie hypogastrique partielle*; excision d'un coin en arrière du col. Boutonnière périnéale. Drainage abdomino-périnéal. La température tombe immédiatement.

Le 27 janvier 1904, les urines sont encore un peu troubles; résidu : 50 grammes.

Obs. V. — C..., cinquante ans. Incontinence nocturne, hématurie, urines troubles. Résidu : 2.000 centimètres cubes.

6 *mai* 1904, *prostatectomie hypogastrique, ablation par morcellement* d'une prostate très petite, formant *une barre* en arrière de l'orifice urétral.

Encore en traitement.

Obs. VI. — P..., soixante-quatre ans. Urines troubles, résidu : 26 centimètres cubes, calcul vésical.

Le 11 *mai* 1903. *Ablation par voie hypogastrique d'un petit calcul et d'un lobe moyen pédiculé.*

15 mai 1904. Va bien, urines claires, mictions normales, pas de résidu.

Obs. VII. — F. M., quarante-six ans, rétention complète depuis trois mois et demi, urines troubles, fièvre intermittente persistant malgré la sonde à demeure ; prostate petite.

17 juin 1904. *Prostatectomie hypogastrique partielle*, excision autoplastique d'un coin prostatique à la partie postérieure du col.

Le malade va bien mais est encore en traitement.

Prostatectomies périnéales pour rétention complète de date peu ancienne.

Obs. VIII. — B..., soixante-dix ans, entre pour une rétention complète, de la fièvre, des urines troubles. Onze jours après, *le* 4 *novembre* 1901, *prostatectomie périnéale par morcellement.* Guérison malgré une orchite gauche.

25 mars 1904. A toujours pissé normalement depuis l'opération, 15 centimètres cubes de résidu.

Obs. IX. — G..., soixante ans. Série de crises successives de rétention. La crise actuelle date de huit jours. Urines troubles, grands accès

fébriles. *Le 28 mai 1902, prostatectomie périnéale par morcellement.* Poids : 65 grammes.

27 janvier 1904, pisse normalement, urines claires, pas de résidu.

Obs. X. — E..., soixante-six ans. Rétention complète depuis treize jours, urines troubles. *Le 16 août 1902, prostatectomie périnéale par morcellement.* Petite fistule urétro-rectale constatée onze jours après l'opération. Quitte l'hôpital allant bien.

Obs. XI. — J..., soixante-dix-huit ans. Rétention complète depuis cinquante-six jours, urines troubles, noirâtres. *Le 25 octobre 1902, prostatectomie périnéale par énucléation* successive des deux lobes.

25 mai 1904. État général parfait, pisse normalement, urines claires, pas de résidu.

Obs. XII. — R..., soixante-quinze ans. Rétention complète depuis deux mois, urines troubles, fièvre. *Le 4 juin 1903, prostatectomie périnéale incomplète par morcellement.*

Urine spontanément mais conserve un résidu de 300 centimètres cubes jusqu'à sa mort, le 13 janvier 1904, à la suite d'accidents d'obstruction intestinale, six mois et demi après l'opération.

Obs. XIII. — B..., soixante-deux ans. Rétention complète depuis vingt-deux jours, fièvre, urines troubles. *Le 6 juillet, prostatectomie périnéale par énucléation* successive des deux lobes.

2 juin 1904. Pisse normalement, urines claires, 50 centimètres cubes de résidu.

Obs. XIV. — M..., soixante-neuf ans. Rétention complète depuis quarante jours, urines troubles. *Le 16 décembre 1903, prostatectomie périnéale par énucléation.* Poids : 65 grammes. Guérison malgré une orchite droite.

Le 8 mai 1904. État parfait; pisse normalement, urines claires, pas de résidu.

Obs. XV. — M..., soixante-dix ans. Rétention complète depuis trente-neuf jours; urines troubles, de temps en temps sanglantes.

Le 29 février 1904, prostatectomie périnéale par énucléation des deux lobes, après abaissement avec le désenclaveur de Young. Poids : 40 grammes.

15 mai 1904. Pisse normalement, urines claires, pas de résidu.

Obs. XVI. — B..., soixante et un ans. Rétention complète depuis vingt jours; urines troubles. 5 *avril 1904, prostatectomie périnéale par énucléation pour le lobe gauche, par morcellement pour le lobe droit.*

3 juin 1904. Pisse normalement, urines claires, pas de résidu.

Prostatectomies périnéales pour rétention ancienne complète.

Obs. XVII. — L..., soixante-trois ans. Incontinence nocturne depuis huit ans; incontinence jour et nuit depuis trois mois et demi. Fièvre. Distension vésicale (1.500 centimètres cubes), amaigrissement, urines troubles.

La fièvre persistant malgré la sonde à demeure, le 7 *mai* 1902, nous pratiquons la *prostatectomie périnéale*; *énucléation en bloc* de chacun des deux lobes. Poids : 45 grammes.

La température retombe immédiatement à la normale. Guérison.

Mort ultérieure par accidents cardiaques, le 20 juin 1902. Le malade avait eu une orchite le trentième jour et conservait un peu d'incontinence. Pas de résidu.

Obs. XVIII. — F..., soixante-quatre ans. Dyspnée depuis quinze ans. A diverses reprises orchites et hématuries. Se sonde toutes les deux heures depuis plusieurs mois. Urines troubles. Fièvre. On sent les deux reins.

Le 12 *juin* 1902, *prostatectomie périnéale par morcellement*. Poids : 38 grammes. En même temps ablation de deux calculs vésicaux.

La température tombe immédiatement à la normale, guérison opératoire. Pas de résidu, mais les urines restent troubles. Le malade est mort en janvier 1903, de congestion pulmonaire. Le cathétérisme était redevenu nécessaire en décembre 1902.

Obs. XIX. — P..., cinquante-sept ans. Incontinence nocturne depuis un an, nocturne et diurne depuis six mois. Hématuries. Cachexie urineuse. Urines troubles. Fièvre. L'élimination du bleu se fait mal, par intermittences, et dure quarante-huit heures.

Le 5 *décembre* 1902, *prostatectomie périnéale*; *énucléation en bloc* de chacun des deux lobes. Poids : 74 grammes.

La température reste élevée; le 11 décembre le malade succombe avec du délire.

Obs. XX. — G..., soixante-deux ans. Cathétérisme régulier depuis le commencement de décembre 1902. Le malade ne rend pas d'urine spontanément. Plusieurs hématuries.

Le 30 *janvier* 1903, *prostatectomie périnéale par morcellement*. Poids : 30 grammes. Ablation de plusieurs calculs vésicaux.

Incontinence temporaire d'urine.

En juin 1904, dix-huit mois après l'opération, va très bien, urine normalement. Pas de résidu.

Obs. XXI. — J..., soixante-treize ans. Depuis dix-huit mois n'urine qu'avec la sonde, a eu une orchite gauche et plusieurs accès de fièvre urineuse. Urines troubles. Intermittences cardiaques, cachexie.

Le 5 *octobre* 1903, *prostatectomie périnéale par morcellement*, en utilisant le désenclaveur de Young. Poids : 48 gr. 80.

Le 3 juin 1904, état général excellent. Pisse normalement. Urines claires. Pas de résidu.

Obs. XXII. — G..., soixante-dix ans. Depuis vingt-deux ans n'urine qu'avec la sonde; souffre beaucoup depuis trois mois et a de petites hématuries. Urines troubles et fétides.

Le 24 *octobre* 1903, *prostatectomie périnéale par morcellement*. Poids : 24 grammes.

1er juin 1904, va bien, ne souffre pas, mais est obligé de se sonder.

Obs. XXIII. — J..., soixante-sept ans, n'urine qu'avec la sonde depuis cinq ans. Entre pour une fausse route.

Le 11 *mars* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation des deux lobes*. Poids : 70 grammes.

Guérison avec une orchite à bascule.

Le 3 juin 1904, urine spontanément, pas de résidu, mais conserve des urines troubles et des besoins fréquents.

Prostatectomie périnéale pour rétention incomplète.

Obs. XXIV. — B..., soixante-quatre ans. Plusieurs crises antérieures de rétention complète. Distension vésicale. Urines troubles. Fièvre persistante malgré la sonde à demeure.

Le 14 *avril* 1902, *prostatectomie périnéale par énucléation*. Poids : 47 grammes. La température tombe immédiatement.

3 juin 1904, état parfait, pisse normalement, pas de résidu, urines claires.

Obs. XXV. — G..., cinquante ans. Rétention incomplète d'urine avec distension et incontinence nocturne. Fièvre persistant malgré la sonde à demeure. Urines troubles. Résidu 1.000 centimètres cubes.

Le 30 *avril* 1902, *prostatectomie périnéale incomplète par morcellement*. La température tombe immédiatement.

Le 25 janvier 1904, la rétention a persisté, le malade vide la vessie avec la sonde, mais son état général est excellent et les urines sont claires.

Obs. XXVI. — A..., soixante et un ans, une crise antérieure de rétention complète, urines très troubles, résidu 250 centimètres cubes, fièvre persistant malgré la sonde à demeure.

Le 17 *octobre* 1902, *prostatectomie périnéale incomplète par morcellement*. La température tombe immédiatement.

Le 22 janvier 1904, état général parfait, urines légèrement troubles, 180 centimètres cubes de résidu.

Obs. XXVII. — B..., soixante-deux ans, orchite droite antérieure; urines troubles, polyurie (7 litres); résidu 200 centimètres cubes; fièvre persistant malgré la sonde à demeure.

Le 23 *octobre* 1903, *prostatectomie périnéale par énucléation* avec le désenclaveur de Young.

Le 3 juin 1904, état général parfait, urines légèrement troubles, résidu 30 centimètres cubes.

Obs. XXVIII. — B..., soixante-neuf ans, une crise antérieure de rétention complète; de temps à autre accès de fièvre urineuse; urines troubles; résidu 130 centimètres cubes.

Le 22 *janvier* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation*. Poids : 87 grammes.

Incontinence temporaire pendant dix jours.

Le 6 juin 1904, état général parfait, pisse normalement, urines claires, pas de résidu.

Obs. XXIX. — G..., soixante-sept ans, une crise antérieure de rétention aiguë. Urines troubles, résidu : 175 centimètres cubes; intermittences cardiaques, congestion pulmonaire.

25 *janvier* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation pour le lobe droit, par morcellement en trois pour le gauche.* Poids : 80 grammes.

Le douzième jour, constatation d'une fistule recto-urétrale.

Guérison. Pas de résidu, mais petite fistulette recto-urétrale.

Obs. XXX. —S..., soixante-neuf ans, urines troubles, résidu : 200 centimètres cubes ; cachexie urineuse; pouls très irrégulier.

1er *février* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation.* Poids : 40 grammes.

3 juin 1904, urines claires; rétrécissement périnéo-bulbaire. Résidu 40 centimètres cubes.

Obs. XXXI. — F..., cinquante ans; une crise antérieure de rétention complète. Urines troubles; résidu : 550 centimètres cubes.

19 *février* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation.*

4 juin 1904, va très bien, urines à peine troubles, résidu : 30 centimètres cubes.

Obs. XXXII. — G..., soixante-deux ans; une crise antérieure de rétention complète; urines très troubles, douleurs, mictions très fréquentes. Résidu : 45 centimètres cubes.

23 *avril* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation en bloc de toute la prostate.* Poids : 89 grammes.

Le malade allait bien, quand, le 13 mai 1904, il est pris d'occlusion intestinale. Cœliotomie. Guérison. Il sort le 16 juin, urinant normalement, pas de résidu vésical.

Obs. XXXIII. — V..., soixante-quatre ans. Incontinence, polyurie, urines très troubles. Résidu : 750 centimètres cubes.

10 *mai* 1904, *prostatectomie périnéale par énucléation.*

Sort le 20 juin, urinant normalement, pas de résidu vésical.

Rapports.

Rapport sur une observation de M. Toussaint intitulée : Exostoses mobiles et bursite traumatique de la patte d'oie,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs : Le Dr Toussaint, médecin-major à l'hôpital Bégin, nous a adressé une observation curieuse par sa rareté. Il s'agit d'un jeune soldat d'infanterie, robuste et bien portant, qui fut admis le 9 février 1904, dans le service de M. Toussaint pour un volumineux hygroma de la patte d'oie du côté gauche.

Il y a cinq ans, à l'âge de dix-huit ans par conséquent, ce jeune homme, qui exerce la profession de cultivateur, grimpait sur un arbre. Il dut en redescendre vivement, éprouvant de violentes douleurs dans la région du genou gauche, au-dessous de l'articulation, sans que rien d'apparent s'y manifestât. Il se met immédiatement à boiter, et pour regagner son domicile, distant seulement de 3 kilomètres, il met plus de deux heures. Un gonflement mou de la face interne du genou apparaît dès le lendemain, en même temps qu'une ecchymose s'y accentue.

Le malade garde le lit pendant cinq à six jours ; puis, il se lève, boitant très bas ; il ne consulte aucun médecin, et ne fait pas de traitement. Le gonflement du genou ne disparaît pas ; il est limité en un point sous la forme d'une nodosité du volume d'une noix, qui augmente insensiblement pendant trois ans ; depuis deux ans, elle est restée stationnaire.

En novembre 1902, il arrive au régiment ; à la suite des marches militaires, il accuse une gêne douloureuse. Il est obligé d'écarter instinctivement les jambes pour éviter tout froissement lors du contact des genoux ; il entre une quinzaine de fois à l'infirmerie pour s'y reposer.

A son entrée à l'hôpital Bégin, l'état du malade est le suivant : On constate, sur le membre inférieur gauche une tuméfaction bien limitée, de la grosseur d'un œuf de poule, à la face interne du tibia, immédiatement au-dessous du plateau tibial. Un peu au-dessus et en arrière de cette tuméfaction, une autre, plus petite, du volume d'une noix, lui est contigue.

Ces deux tumeurs sont d'une consistance dure ; leur forme est régulièrement hémisphérique. Leur mobilité est très grande sur le plan sous-jacent. La plus petite de ces tumeurs est si mobile que par pression, il est facile de lui faire contourner la plus grosse, et même de la faire disparaître sous elle en arrière.

La contraction des muscles de la patte d'oie rend ces tumeurs moins mobiles. Le tibia présente, pour les recevoir, une espèce de cupule à bord assez net, plus élevé et plus abrupt à sa demi-circonférence inférieure, où il forme un éperon osseux dur et tranchant, d'un centimètre et demi de longueur environ.

Entre l'os et les tumeurs, il doit exister une mince couche de liquide interposée, car la pression donne la sensation d'un choc comparable au choc rotulien. Aucune atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse ; l'articulation du genou est intacte.

Le 12 février, après anesthésie à la cocaïne, M. Toussaint fit au-devant de la tumeur une incision de 8 centimètres parallèle au bord antérieur du couturier. Il mit à jour une poche à paroi épaisse, peu vasculaire. Elle renferme 10 à 15 grammes de liquide

jaunâtre, transparent, visqueux et filant, duquel émergent par énucléation trois tumeurs libres, nulle part pédiculisées.

Avec le ciseau et le maillet, abrasion et nivellement de l'éperon osseux saillant sur le bord inférieur de la cavité. Résection des lambeaux exubérants de la poche, et réunion au crin de Florence sans drainage. Réunion par première intention.

Le malade se lève le quinzième jour et quitte l'hôpital le 7 mars, complètement guéri. Il a pu reprendre sans aucune gêne son service militaire.

Le point le plus intéressant dans cette observation, c'est évidemment la pathogénie de ces ostéomes volumineux que je mets actuellement sous vos yeux.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de chondromes ossifiés du centre vers la périphérie. On a pu en faire une épreuve radiographique. M. Toussaint pense que leur mode de production a été celui des ostéophytes articulaires d'origine traumatique. D'après lui, l'exostose éburnée du tibia qu'il a du enlever avec la gouge et le maillet aurait donné successivement naissance aux trois ostéochondromes.

Il me semble que la pathogénie doit être comprise d'une manière un peu différente. Il ne faut pas oublier en effet l'origine traumatique très nette de l'affection. C'est au moment où ce jeune homme grimpait sur un arbre qu'il a ressenti une douleur extrêmement vive qui l'a obligé à redescendre aussitôt. Immédiatement, il a commencé à boiter, en marchant si péniblement qu'il a mis plus de deux heures à parcourir 3 kilomètres. Ce n'est pas le simple froissement d'une bourse séreuse qui aurait pu donner naissance à des troubles fonctionnels aussi accusés. Il faut qu'il y ait eu autre chose; ce quelque chose est suivant moi la fracture d'une exostose ostéogénique. En effet, le siège de la lésion au voisinage du cartilage épiphysaire supérieur du tibia, l'âge du malade au moment de l'accident, dix-huit ans, tout cela est bien en rapport avec l'idée d'une exostose de développement. Du reste, dès le lendemain de l'accident, il y a eu un gonflement très accentué, accompagné d'ecchymose. Dans cette hypothèse, la crête saillante que le chirurgien a du faire sauter avec la gouge et le maillet ne serait autre chose que le pédicule de l'exostose qui, détachée par la pression contre le tronc de l'arbre, au moment de l'accident, a fourni ces trois fragments qui ont continué à vivre aux dépens du liquide synovial dont on les a trouvé pénétrés.

Quelle que soit d'ailleurs la pathogénie que l'on voudra admettre, le fait qui nous a été présenté par M. Toussaint n'en est pas moins intéressant à cause même de sa rareté.

Permettez-moi, messieurs, de vous rappeler à cette occasion

que M. Toussaint vous a déjà fait bon nombre de communications d'un grand intérêt; vous voudrez bien vous souvenir de son nom, au moment des élections au titre de membre correspondant.

Je vous demande en terminant de vouloir bien adresser à l'auteur nos remerciements, en déposant dans les archives son observation.

— Les conclusions du rapport de M. Kirmisson, mises aux voix, sont adoptées.

M. Delbet. — J'ai présenté ici, il y a trois ans, des corps étrangers plus volumineux encore que ceux que nous montre M. Kirmisson. Ils s'étaient développés dans la bourse du psoas qui ne communiquait pas, comme j'ai pu le constater, avec l'articulation coxo-fémorale.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion d'observer dans ces deux dernières années trois faits de corps étrangers des bourses séreuses prérotulienne et rétroolécranienne.

Il s'agissait chaque fois de corps étrangers longuement pédiculés permettant une grande mobilité et simulant une liberté complète.

Il me semble que la pathogénie dans ces cas doit être interprétée différemment et qu'il s'agit d'hygromas chroniques avec végétations de la synoviale, qui devenant peu à peu plus considérables et plus mobiles peuvent à un moment donné devenir libres dans la cavité, comme cela se passe pour les corps étrangers pathologiques des synoviales articulaires.

Ces corps étrangers variaient de la dimension d'une lentille à celle d'un gros haricot.

Plaie longitudinale de la carotide primitive gauche au niveau de sa bifurcation; suture latérale; guérison, par M. Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. LEJARS.

Notre collègue des hôpitaux, M. Launay, nous a lu, il y a plusieurs mois, une observation rare, et d'autant plus intéressante, qu'elle s'est terminée par une guérison complète, et qui semble s'être confirmée depuis. Il s'agit d'une suture de l'artère carotide

primitive, et ce fait nouveau nous ramène à la question, déjà discutée ici, de la suture artérielle.

La malade de M. Launay était une femme de soixante-cinq ans, entrée à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu, que M. Launay suppléait, le 12 novembre 1903. Elle portait, depuis dix ans, au côté gauche du cou, une tumeur, qui paraissait occuper le lobe correspondant du corps thyroïde, et qui avait acquis le volume du poing ; elle était rénitente, probablement kystique, et, d'ailleurs, indolente. L'augmentation de volume, progressive, quoique lente, l'apparition, assez récente, d'une ulcération cutanée, sans caractère malin, mais qui donnait lieu à un suintement fort désagréable, telles étaient les raisons qui avaient engagé la malade à se faire opérer.

L'intervention fut pratiquée le 16 novembre 1903. La tumeur est découverte par une longue incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, et qui se dédouble au niveau de l'ulcération, pour la circonscrire ; en dedans et en bas, la dissection est assez facile et nécessite seulement la section et la ligature de plusieurs grosses veines et de l'artère thyroïdienne inférieure, également dilatée ; en arrière et en dehors les adhérences sont beaucoup plus serrées, et, au moment où l'opérateur coupe une bride plus épaisse et plus résistante que les autres, un jet de sang s'échappe de la profondeur, assez gros pour faire craindre tout de suite une blessure de la carotide. Compression digitale, hémostase provisoire avec des pinces, achèvement de l'extirpation du lobe thyroïdien (il s'agissait d'un kyste sanguin, à parois dures et épaisses). On s'occupe alors de fermer la plaie carotidienne, car l'on a reconnu très nettement que la lésion porte bien sur la carotide primitive, au niveau de sa bifurcation, et qu'elle figure une section longitudinale, de 15 millimètres de longueur environ.

Deux pinces de Kocher, chaussées de drains, sont placées au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, et peu serrées ; on enlève les pinces qui ont servi à l'hémostase primitive, mais le sang « vient » encore, par le bout supérieur : c'est que la pince supérieure n'a saisi que la carotide externe. On applique alors directement l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie artérielle par deux pinces à forcipressure sans griffes, et l'on se met en devoir de réaliser la suture.

Elle est pratiquée « en traversant toute l'épaisseur des parois artérielles, juste au-dessous du bec des deux pinces latérales, sans chercher à faire des points non perforants. Un surjet est ainsi placé, au fil de lin fin, à l'aide d'une aiguille droite de couturière. Le surjet dépasse au-dessus et au-dessous la plaie artérielle et plisse très légèrement la paroi. Deux points complémentaires sont

nécessaires pour arrêter un suintement sur le trajet de la suture. Celle-ci terminée, aucun suintement sanguin ne persiste. » Les pinces sont enlevées et la circulation se rétablit aussitôt.

La plaie est réunie avec un drain; la cicatrisation a lieu sans incident.

« Le 27 novembre, écrit M. Launay, onze jours après l'opération, on sent très facilement les battements de la carotide dans toute la hauteur du cou, de la clavicule à l'angle de la mâchoire. Les battements de la temporale et de la faciale gauche sont identiques à ceux du côté droit. »

Le 2 décembre, l'opérée nous était présentée et nous pouvions faire les mêmes constatations. A quelque temps de là, elle rentrait dans son pays, et, quatre mois plus tard, une lettre de son médecin, le Dr Thévenon, donnait les renseignements suivants : « Aucun trouble ne s'est manifesté, ni du côté du cerveau, ni du côté de la face; œil absolument intact et sans altération de la vue. Il n'y a pas eu, par conséquent, d'embolies. Du reste, les battements de la carotide primitive et de la carotide interne sont aussi normaux que ceux de droite; ceux de la carotide interne m'ont semblé même être plus exagérés, Quant à la carotide externe, il y avait une légère diminution dans les battements; il en était de même pour la faciale et la temporale; les battements de celle-ci seraient même un peu irréguliers. »

Quoi qu'il en soit, il ne semble pas douteux que la carotide suturée ne soit restée perméable, et de calibre, sinon tout à fait normal, au moins peu réduit; et j'ajoute même que l'éventualité d'une oblitération secondaire, lente et progressive, n'entraînerait, semble-t-il, aucune conséquence fâcheuse. J'estime donc que notre collègue a eu raison de ne pas faire la ligature d'emblée et de recourir à la suture latérale, qui se présentait dans de bonnes conditions et qui, de fait, a été suivie d'un résultat des plus heureux.

Il n'y a pas lieu, du reste, en pratique, d'étendre beaucoup les indications de la suture artérielle, et c'était la conclusion de notre discussion du 25 mars 1903.

Toutefois, la question, envisagée au sens général, mérite qu'on s'y arrête, qu'on la suive et qu'on l'étudie. On aurait tort de ne voir dans la suture des artères qu'un essai technique, curieux et intéressant, mais d'application tout exceptionnelle : en réalité, elle représente l'un des éléments, et non des moindres, de toute une série de problèmes, encore à l'étude, mais dont la solution ne saurait être dès maintenant préjugée. Il me suffira de rappeler les sutures circulaires des artères, les réunions bout à bout de deux segments artériels, sur un support de magnésium, telles que les pratique M. Payr, et la grave question des transplantations

viscérales, des greffes totales d'organes, qui trouveront peut-être, dans ces abouchements vasculaires, une de leurs conditions préparatoires; laissez-moi vous rappeler encore les anastomoses artério-veineuses, qu'on a déjà tentées chez l'homme; et encore l'utilisation de la suture dans la cure des anévrismes, suivant la méthode préconisée par Matas, en 1892; au dernier Congrès des chirurgiens allemands, M. Körte relatait un cas d'anévrisme artério-veineux du creux poplité, ainsi traité par l'extirpation de la poche et la suture séparée de la veine et de l'artère.

Je n'insiste pas, et je tiens à rappeler seulement que la réunion des artères n'a pas « dit son dernier mot » et qu'elle est autrement importante qu'on ne le croirait, à en juger par sa valeur pratique actuelle et ses applications courantes.

C'est, du reste, ce dernier point, que, seul, nous voulons discuter ici. En présence d'une plaie artérielle, traumatique ou opératoire, dans quelles conditions est-il rationnel et sage, est-il meilleur, de faire la suture?

S'il s'agit d'une section totale, ou d'une plaie circonférentielle très étendue, je pense qu'en bonne pratique, et malgré les quelques faits connus de suture circulaire, la question ne se pose pas : il faut lier. La suture n'est guère discutable, à l'heure présente, que pour les plaies longitudinales ou peu obliques, et l'on peut, semble-t-il, lui reconnaître trois séries d'indications :

a) L'artère blessée est une très grosse artère, dont la ligature d'emblée ne va pas sans quelque péril. En dehors de l'aorte, pour laquelle il ne paraît pas que l'éventualité se soit encore produite, c'est à la carotide primitive que s'applique le plus généralement cette définition. Bien que le pronostic en soit considérablement atténué, la ligature de la carotide primitive ne saurait encore passer pour aussi simple, aussi indifférente, aussi sûre dans ses résultats que celle de la fémorale, par exemple, et j'estime que, si l'on ne sacrifie rien de la sûreté de l'hémostase, on fait de bonne besogne en substituant à la ligature immédiate, une suture latérale étanche et solide : l'observation de M. Launay suffit, d'ailleurs, à le démontrer.

b) En dehors même de ces cas spéciaux, lorsqu'on se trouve en présence d'une petite plaie, siégeant sur une très grosse artère, il semble encore tout indiqué de recourir à la réunion latérale : ainsi en est-il de ces perforations que laissent à la surface des gros vaisseaux l'arrachement de certaines collatérales ganglionnaires, et le fait n'est pas très rare dans les extirpations ganglionnaires de l'aile et de l'aisselle.

c) Enfin lorsqu'une grosse artère est blessée en même temps que la grosse veine satellite, la ligature simultanée des deux vais-

seaux entraîne des dangers de sphacèle bien connus, et je pense que la suture trouvera là encore des indications.

Mais je m'empresse de répéter qu'il n'y a aucun intérêt — et beaucoup d'inconvénients — à vouloir faire plus, et qu'en tout état de cause une bonne et aseptique ligature vaudra toujours mieux qu'une suture difficile et douteuse. Quelques chirurgiens ont suturé la radiale, la cubitale, etc. ; les résultats qu'ils ont obtenus font honneur à leur habileté technique, mais, en vérité, était-ce la peine? Je ne le crois pas et, si j'apprécie beaucoup les interventions analogues à celles de M. Launay, je ne crois pas davantage que la méthode puisse être généralisée.

Quant à la technique, dont nous avons déjà parlé l'an dernier, je ferai remarquer que M. Launay ne s'est pas astreint à réaliser une suture non perforante, et je pense, d'ailleurs, qu'on est amené nécessairement à cette pratique. Tous ceux qui ont suturé des artères savent combien il est malaisé de ne faire passer les fils que dans l'épaisseur des tuniques externe et moyenne : en fait, si l'on y réussit, on est presque toujours contraint, lorsque l'on a rapproché les deux lèvres artérielles, devant le suintement sanguin qui persiste encore, et pour être sûr de l'hémostase, d'ajouter quelques points séparés, complémentaires, qui, eux, sont perforants. Or, la pratique, beaucoup plus étendue, de la suture veineuse, nous a montré que le meilleur moyen de réunir une veine, c'était de faire un bon et solide surjet, perforant ou non, mais susceptible de bien accoler les deux parois ou de les affronter exactement. Il semble que la même technique soit applicable aux artères, et nous ne croyons pas démontré qu'un fil aseptique crée un réel danger d'embolies.

Quelque solution que l'avenir réserve à ces diverses questions, l'observation de M. Launay est, au demeurant, d'un grand intérêt, et fait honneur à l'habileté chirurgicale de notre collègue. J'ai l'honneur de vous proposer de lui adresser nos remerciements, et de déposer son travail dans nos archives.

M. Tuffier. — J'ai étudié cette question de *cicatrisation artérielle* au point de vue expérimental il y a bien des années et mon but était la transplantation des organes à laquelle on vient de faire allusion. Je dois dire que les résultats que j'ai obtenus ne m'ont pas satisfait. Depuis cette époque, la question a fait de nombreux progrès, surtout depuis les travaux de Murphy en 1900 et les études des chirurgiens américains à propos du traitement des anévrismes par les ligatures latérales. Toutes ces questions sont beaucoup trop vastes pour être envisagées dans une discussion

qui doit rester celle de la *suture artérielle, dans les plaies incomplètes des artères.*

A cet égard, la formule à laquelle je me suis arrêté est celle-ci : la suture artérielle est indiquée quand *le vaisseau est volumineux et la plaie petite*, surtout si cette plaie est longitudinale et parallèle au grand axe du vaisseau. J'ai pu mettre ce principe à exécution dans le cas suivant : Le 25 avril 1903, au n° 20 de la salle Ambroise-Paré, dans mon service de Beaujon, j'ai trouvé un apache âgé de vingt-six ans, très vigoureument constitué, et qui, dans une rixe, avait reçu un coup de couteau vers le tiers inférieur du triangle de Scarpa. Lorsque je vis le malade, il était sous un pansement aseptique fait par mon interne; les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure étaient normaux, le membre n'était ni douloureux ni tuméfié; comme cet homme était très abattu par la rixe de la nuit précédente, je remis au lendemain l'examen de la plaie.

En enlevant le pansement, je découvris au-dessus de la pointe du triangle de Scarpa une plaie étroite de 1 centimètre et demi, une infiltration sanguine du tiers supérieur de la cuisse; à travers les lèvres de la peau, on voyait l'extrémité du caillot. Pensant qu'il s'agissait de la blessure d'un gros vaisseau sur le trajet duquel se trouvait la plaie, je débridai largement et j'enlevai d'énormes caillots qui avaient dissocié les plans musculaires. Puis arrivant sur la face antérieure du paquet vasculo-nerveux, je trouvai un petit caillot adhérent à la surface de l'artère, et, dès que je l'enlevai, un jet de sang fut projeté très haut à travers un orifice situé sur la face antérieure de la fémorale. Cet orifice mesurait à peine 1 centimètre. Il était parallèle au grand axe du vaisseau; la fémorale était perméable au-dessus et au-dessous. Faisant avec deux doigts la compression au-dessus de cet orifice, je passai d'une lèvre à l'autre trois points de catgut, puis, par-dessus, trois points à la Lembert, et, m'étant assuré que la plaie était étanche et la perméabilité de l'artère fémorale conservée à ce moment, je fermai la plaie en la drainant. Mon malade a parfaitement guéri et à aucun moment il n'a eu un trouble appréciable dans la circulation du membre inférieur. Il quitta l'hôpital le 24 mai.

Je crois qu'en pareil cas la ligature latérale s'impose, mais il ne faudrait pas croire, pas plus dans mon cas que dans celui que M. Lejars vient de nous rapporter, que l'absence de troubles de vascularisation après la ligature latérale est une preuve que cette ligature a été efficace et qu'elle n'a pas été suivie d'oblitération du vaisseau. Seul l'examen direct de l'artère peut nous renseigner sur ce point. Les battements des vaisseaux situés au-dessous

de la ligature peuvent persister malgré cette ligature dont leur conservation, après une suture latérale d'une artère, ne démontre pas du tout le succès de cette suture.

M. Guinard. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Lejars sur l'utilité dans bien des cas de faire la suture des grosses artères. Cependant je crois qu'il faut mettre tout à fait à part les carotides primitives et internes. M. Lejars nous dit qu'il y a des cas où dans la ligature de la carotide primitive il y a du ramollissement cérébral. Je crois que ces faits s'observaient au temps des ligatures septiques ou demi-septiques et qu'actuellement on n'observera plus d'accidents cérébraux mécaniques à la suite de la ligature de la carotide primitive. J'ai pratiqué quinze fois la ligature de la carotide primitive pour des anévrismes, et depuis le premier fait que j'ai longuement étudié ailleurs, je n'ai jamais vu le moindre incident cérébral : j'ai montré qu'il devait toujours en être ainsi, *pourvu qu'on se soit assuré que la carotide du côté opposé est normale.* Aussi je me méfierais beaucoup plus de la suture de la carotide primitive que de sa ligature, après l'expérience que j'ai de cette dernière. M. Lejars a parlé des embolies qui peuvent venir de la ligne de suture. Mais c'est pour la carotide que ces embolies sont dangereuses, car elles vont dans l'encéphale. En somme, je ne crains pas la ligature de la carotide et je craindrais les embolies de la suture.

M. Tuffier. — Je ne serai peut-être pas aussi optimiste que M. Guinard au point de vue de la ligature de la carotide primitive et je ne sais pas si chez les vieillards ou les athéromateux elle ne pourrait être suivie d'accidents cérébraux, mais sur ce point les documents me font défaut et par conséquent je n'engagerai pas la discussion. Je veux seulement revenir sur ce point : la suture latérale de l'artère et ses indications Au principe que j'émettais tout à l'heure : *gros vaisseau et petite plaie*, je veux ajouter « *et vaisseau facilement accessible* » voici pourquoi : La ligature de la carotide interne, pour ceux qui l'ont faite sur le vivant, ne donne pas un champ opératoire bien large, l'artère est profondément située, à moins qu'on n'agisse au niveau de sa naissance, de sorte que l'on est forcé en cas d'hémorragie de recourir à la ligature pure et simple de ce vaisseau, parce que la suture latérale serait difficilement correcte et insuffisamment étanche.

Le matin du jour de l'Ascension de l'an dernier je suis appelé auprès d'un malade présentant une hémorragie formidable survenue à la suite de l'ouverture d'un abcès de l'amygdale ; l'ouverture avait été bien faite et je crois que l'artère s'était ouverte dans

le foyer suppuré. Je trouvai le malade dans un état lamentable, ayant perdu une quantité de sang considérable ; et quand j'ai pu examiner sa gorge j'ai vu l'amygdale correspondante garnie d'un caillot et animée de *battements* (je dis *battements* et non *soulèvements*) et je n'ai eu aucun doute sur le diagnostic, *anévrisme diffus de la carotide interne*. Il ne fallait pas penser à recourir aux petits moyens qui d'ailleurs avaient été déjà employés, l'état du malade ne lui permettant pas de faire les frais d'une nouvelle hémorragie. Sous l'anesthésie et par l'incision classique présterno-mastoïdienne j'arrivai sur la carotide interne ; je m'assurai par la compression de sa base qu'elle était bien la source de l'anévrisme amygdalien. Je vis son orifice et je me gardai bien de tenter une suture latérale qui eût été mal faite dans un champ opératoire aussi profond et aussi étroit. Je mis deux bonnes ligatures au catgut sur l'artère et mon malade guérit. Je l'ai revu ces jours derniers, plus d'un an après mon intervention, sa carotide battait normalement.

M. Kirmisson. — Je ne partage pas l'opinion de M. Guinard ; je ne pense pas que les accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la carotide primitive soient imputables uniquement à la septicémie ; témoin les faits dans lesquels on a vu l'hémiplégie survenir au moment même de la constriction du fil. Il est bien évident que, dans ces faits, il faut tenir compte des conditions anatomiques. Aussi suis-je disposé à attacher avec M. Lejars une grande valeur aux tentatives de suture de l'artère carotide primitive. Si, d'ailleurs, on attribue tous les accidents avec M. Guinard à la septicémie, je ne vois pas pourquoi cette dernière serait plus fréquente avec la suture des parois artérielles qu'en cas de ligature.

M. Guinard. — Nous parlons des accidents cérébraux immédiats au moment où on serre le fil. Là il n'est pas question de septicémie et je maintiens qu'il ne s'est jamais produit d'hémiplégie immédiate pourvu que les voies anastomotiques soient saines.

M. J.-L. Faure. — Je ne partage pas tout à fait l'optimisme de M. Guinard sur l'innocuité de la ligature de la carotide primitive. Dans un cas au moins, dont j'ai le souvenir très précis, j'ai eu des accidents graves. Il s'agissait d'une malade à laquelle je réséquais le maxillaire supérieur pour une tumeur maligne. J'ai l'habitude dans ces conditions de faire la ligature de la carotide externe. Dans ce cas, tombant sur la bifurcation de la carotide, j'eus le tort de lier le tronc même de l'artère. Ma malade, à la suite de l'opé-

ration, qui ne présenta aucune difficulté, resta dans le coma et mourut le lendemain. Je crus pouvoir attribuer cet accident à la ligature de la carotide primitive, et je le crois encore.

M. Guinard. — Je demande des observations datant de moins de dix ans, dans lesquelles on aura décrit des accidents d'hémiplégie tardive après la ligature de la carotide primitive. Je n'en connais pas dans la littérature médicale, et je croyais cette question définitivement réglée dès mon premier mémoire sur ce sujet et après l'excellent article de M. Delbet dans le *Traité de chirurgie*. Pour tous ces cas, je le répète, il n'était question que d'hémiplégie *tardive*. Si j'insiste pour qu'on nous apporte des observations d'accidents cérébraux immédiats, au moment où on fait la ligature, c'est qu'en raison des anastomoses extraordinairement nombreuses des carotides, je crois ces accidents immédiats (hémiplégie, coma) impossibles, si les anastomoses sont intactes.

Je répondrai à M. Kirmisson qu'au point de vue du danger des embolies, la suture ne peut se comparer à la ligature. Après la ligature on a un caillot immobile qui n'a aucune tendance à se mobiliser *s'il n'est pas septique*, tandis que dans la suture il peut se faire sur les fils de petites coagulations fibrineuses incessamment battues par le courant sanguin.

M. Ricard. — J'ai présenté ici deux malades chez lesquels j'ai fait la suture de l'artère axillaire; chez les deux, la circulation n'a cessé d'être normale dès la suture.

L'une des malades, que j'avais opérée d'une récidive d'adénite cancéreuse de l'aisselle, a succombé plusieurs mois après. La pièce que j'ai pu avoir et qui a été examinée par mon ancien interne, le Dr Coyon, a montré que bien qu'un point ou deux eussent été perforants le calibre artériel subsistait, sauf un léger épaississement à l'endroit suturé.

M. Paul Reynier. — Je voudrais citer à M. Guinard l'observation d'un malade, qu'un chirurgien du Bureau central était venu le soir opérer dans mon service, et à qui il avait fait une ligature de la carotide interne; le lendemain matin je trouvais ce malade avec une hémiplégie du côté opposé, et il mourait rapidement avec des phénomènes de ramollissement cérébral. Pour mon compte personnel j'ai fait trois fois la ligature de la carotide interne, et j'ai eu la chance de ne pas avoir d'accidents. Mais toutefois j'ai observé deux fois, le soir même de l'opération, une certaine parésie du bras opposé, qui disparaissait les jours suivants. Si cette parésie n'a pas été paralysie complète, et si elle n'a été que tem-

poraire, elle n'en montre pas moins qu'à la suite de cette ligature il se produit du côté du cerveau un trouble manifeste, lié à une ischémie indiscutable qui peut être parfois assez complète ou durer assez pour qu'un ramollissement se produise, et que le malade tombe dans le coma.

Aussi, tout en admettant avec M. Guinard que la septicémie facilite ces accidents, je ne saurais admettre l'absolutisme de sa manière de voir, et crois, comme MM. Kirmisson, Ricard, que bien que non septique la ligature de la carotide peut être suivie d'accidents graves du côté du cerveau.

M. Lejars. — Je ne crois pas que la question soulevée par M. Guinard soit en dehors de la discussion, et j'avais précisément basé l'une des principales indications de la suture artérielle sur l'éventualité des accidents immédiats, dus à la ligature de la carotide primitive. C'est que, moi aussi, j'ai vu un cas de ce genre, et d'une netteté qui m'a vivement frappé : il s'agissait d'un malade de la Pitié, et l'observation remonte à une quinzaine d'années. Au moment même où la ligature de la carotide primitive gauche était pratiquée, où l'on serrait le fil, la respiration changea de caractère, le stertor parut, et le malade tomba dans le coma et succomba dans la journée. J'ai lu, d'ailleurs, d'autres faits de ce genre, et je compte les apporter ici, pour répondre aux affirmations de notre collègue. Qu'ils soient rares, aujourd'hui surtout, je ne le nie pas, et j'ai lié aussi la carotide sans le moindre accident, mais le fait seul de leur existence possible suffit à justifier la substitution de la suture à la ligature, lorsqu'il s'agit surtout d'une plaie longitudinale, courte, qui s'y prête : et tel était le cas de M. Launay. Et je répète encore qu'il ne saurait être question de généraliser l'emploi de la suture, de l'appliquer dans des foyers phlegmoneux ou dans toutes circonstances où les difficultés de l'exécution la rendraient réellement dangereuse. C'est une pratique d'exception, tout le monde est d'accord là-dessus, mais elle n'en a pas moins son utilité et quelques indications.

— Les conclusions du rapport de M. Lejars sont mises aux voix et adoptées.

Présentations de malades.

Luxation de l'astragale.

M. Quénu fait présenter un malade opéré pour une luxation de l'astragale en avant et en dehors datant de 15 jours et réduite après arthrotomie.

M. Paul Reynier. — Je rappellerai à mes collègues qu'en 1901 je leur ai présenté un malade chez lequel j'avais par l'intervention sanglante remis en place l'astragale complètement énucléé; quand je vous l'ai présenté, ce malade marchait sans boiter, ayant les mouvements de son articulation tibio-astragalienne libres. Depuis j'ai revu ce malade que connaît M. Périer, et j'ai pu constater que l'os est resté bien en place, a conservé sa vitalité, et ne s'est pas nécrosé, comme on avait quelque raison de le craindre.

Présentation de pièce.

Appendice.

M. Villemin, chirurgien des hôpitaux, présente un appendice renfermant huit épingles et un fragment de chaîne de montre. — Rapporteur, M. Demoulin.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 JUIN 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. Sihol (de Marseille), intitulé : *Hématurie au cours de l'appendicite. Examen du sang.*

— Le travail de M. Sihol est renvoyé à une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Le Dentu offre à la Société de Chirurgie le volume de Clinique chirurgicale qu'il vient de publier.

M. le Président remercie M. Le Dentu au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Luxation sous-astragalienne dorsale en avant et en dehors datant de vingt et un jours, réduction après arthrotomie, sans résection.

M. Quénu. — Je vous ai fait présenter mercredi dernier un malade chez lequel j'ai pu réduire vingt et un jours après l'accident une luxation sous-astragalienne, en pratiquant une simple arthrotomie, sans sacrifice osseux d'aucune sorte.

Le malade a été opéré le 17 mai ; vous avez pu constater l'intégrité absolue et l'état normal des articulations et des fonctions : cet homme marche sans boiter et sans fatigue, et cela depuis le jour où il s'est levé, c'est-à-dire depuis le 10 juin, soit moins de vingt-cinq jours après son opération.

Voici le résumé de son observation :

Le 26 avril dernier, Ch. M..., âgé de trente-sept ans, plombier de son état, posait des tuyaux de fonte, quand un de ces tuyaux pesant environ 80 kilogrammes et placé à 1m50 de haut vint tomber sur la partie postérieure et externe de la jambe gauche. Le blessé fut renversé et ne put se relever seul. On le transporta immédiatement à l'hôpital. Je ne le vis que quelques jours après, le blessé ayant été à plusieurs reprises envoyé à la radiographie. Du reste, les premiers jours, le gonflement considérable et l'infiltration sanguine étendue s'opposaient à toute investigation précise ; cinq ou six jours après l'accident nous observons que le pied est en rotation interne et en adduction : le malade peut faire quelques pas mais en souffrant beaucoup et en boitant. On sent une saillie de la tête astragalienne sur la partie externe de la face dorsale du pied. La radiographie nous confirme dans le diagnostic de luxation sous-astragalienne en dehors, elle nous montre un vide rétro-scaphoïdien d'une part, et d'autre part la saillie de la tête de l'astragale sur le cuboïde. Des tentatives de réduction sans chloroforme sont inutilement faites. Je n'insiste pas et essaie de recourir à l'intervention sanglante.

Je me permets de rappeler que le 16 mai 1894, j'ai présenté à la Société de Chirurgie un travail sur les causes d'irréductibilité des luxations sous-astragaliennes et que j'ai posé comme conclusion, d'après une constatation faite au cours d'une opération sanglante et d'après des études cadavériques, que « *le seul obstacle à la réduction, c'est l'interposition, entre la cavité articulaire et la tête astragalienne, du ligament annulaire antérieur du tarse resté intact* ».

La conséquence thérapeutique de cette proposition est importante, car, si telle est la vraie cause de l'irréductibilité, le sacrifice partiel ou total de l'astragale est inutile, il doit suffire de sectionner ce ligament annulaire pour permettre à la tête de rentrer dans la cavité articulaire. Une circonstance explique que cette cause ait échappé aux observateurs, c'est qu'on ne peut s'en rendre compte qu'après résection préalable de l'astragale : c'est ainsi que je pus observer en 1894(1) « que la face inférieure de la tête astragalienne, contusionnée, à cartilage fendillé, avait refoulé en bas et comme tassé dans sa cavité le ligament annulaire du tarse qui de convexe avait pris une forme concave »; malheureusement la résection osseuse était déjà faite. Je posai donc en principe pour l'avenir qu'avant de réséquer « *il fallait tenter la réduction en sectionnant préalablement le ligament annulaire antérieur du tarse* ».

C'est précisément ce que je fis chez le malade que je vous ai présenté mercredi. Le malade étant anesthésié par le chloroforme je constatai, après avoir mis la tête astragalienne à découvert par une incision faite directement sur elle, que les tendons extenseurs ne jouaient aucun rôle dans l'irréductibilité et ne formaient aucune boutonnière. Portant le pied en flexion forcée je tentai la réduction, mais en vain. Alors, introduisant le doigt dans la cavité, je constatai une sorte de rebord fibreux que je sectionnai en plusieurs points; reprenant le pied, je pus alors facilement reintégrer la tête de l'astragale. La plaie fut suturée et la jambe placée dans une gouttière plâtrée que je laissai trois semaines; vingt-cinq jours après l'opéré commença à se lever et à marcher. Les radiographies avant et après l'intervention vous ont été présentées. Je vous montre aujourd'hui une pièce cadavérique analogue à celle que j'ai déjà montrée il y a huit ans. J'ai obtenu sur ce pied une luxation sous-astragalienne par la technique suivante : il faut d'abord sectionner les ligaments interosseux calcanéo-astragaliens; il me paraît certain que la rupture de ces ligaments doit précéder la luxation, car dans mes expériences je n'ai pu obtenir de déplacement qu'en les sacrifiant tout d'abord. La section faite, le calcanéum est fixé dans un étau; il suffit alors d'incliner fortement le haut de la jambe en dedans et en avant pour obtenir le déplacement sous-astragalien. Je rappelle que chez mon opéré le tuyau de fonte avait précisément déterminé ce même déplacement. Qu'on détermine alors une légère extension du pied (et sur le vivant le triceps sural se charge de ce soin), vous voyez que la tête va buter contre le faisceau profond du ligament

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, p. 432.

annulaire, pendant que son col est comme étranglé par le faisceau superficiel.

Vous me pardonnerez d'avoir insisté à nouveau sur ce sujet; je l'ai fait parce que ma première communication semble avoir échappé à la plupart de mes collègues, puisque quelques-uns ont présenté depuis à la Société des cas de résection astragalienne pour luxation sans s'être assurés qu'une simple section de brides fibreuses était ou non capable de lever l'irréductibilité.

A propos de la ligature de la carotide primitive.

M. Quénu. — Une de mes premières années de Bureau central, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Beaujon auprès d'un homme qui présentait une hémorragie grave du cou; je trouvai auprès de lui, vers une heure et demie de l'après-midi, plusieurs internes se relayant pour faire la compression directe à l'aide d'une éponge et du pouce. J'appris que cet homme avait été opéré jadis pour un épithélioma de la bouche par M. Labbé, qu'il avait une récidive ulcérée des ganglions du cou du côté droit, et que de cette ulcération étendue et profonde, située un peu au-dessus de la partie moyenne du cou, jaillissait un jet de sang artériel permettant de supposer la destruction par le cancer d'une artère importante et peut-être d'une carotide. Le malade, anémié, répondait d'ailleurs très bien aux questions et jouissait de toute sa lucidité d'esprit.

Je ne vis qu'un moyen d'assurer l'hémostase, étant donné l'impossibilité de faire une forcipressure quelconque dans cet ulcère, c'était de lier la carotide primitive au-dessous de l'ulcération en ajoutant au besoin la ligature des deux carotides au-dessus. Mes aides continuant à comprimer, je mis à nu la carotide primitive (sans chloroforme, bien entendu), je plaçai mon fil, et avant de serrer adressai la parole au malade qui me répondit. Je serrai le fil, à l'instant l'opéré tomba dans le coma, tout le côté gauche frappé de paralysie flasque. Le sang s'était arrêté. Le malade mourut soit dans la soirée, soit le lendemain sans avoir repris connaissance.

Je perdis le malade de vue puisque je n'étais pas à la tête du service, mais je puis certifier les détails précédents restés gravés dans ma mémoire, tant le fait m'avait frappé.

Il n'est donc pas exact d'affirmer qu'il n'existe aucun fait d'accident cérébral suivant immédiatement une ligature de carotide primitive.

Il convient d'ailleurs de ne pas comparer les ligatures pour anévrismes aux ligatures pour plaies ou ulcérations de l'artère caro-

tide. Dans le premier cas des modifications lentes se sont effectuées du côté malade et du côté opposé dont l'effet a été de préparer la circulation collatérale.

M. Lejars. — Au cours de notre dernière discussion sur la suture artérielle, notre collègue M. Guinard a émis, sur le pronostic actuel des ligatures de la carotide primitive, une opinion qui a paru quelque peu exclusive à plusieurs d'entre nous ; faisant allusion aux accidents de ramollissement cérébral, « je crois, nous a-t-il dit, que ces faits s'observaient au temps des ligatures septiques ou demi-septiques, et qu'actuellement on n'observera plus d'accidents cérébraux mécaniques à la suite de la ligature de la carotide primitive » ; et revenant à la suture, il concluait : « Je ne crains pas la ligature de la carotide et je craindrais les embolies de la suture ».

Les objections de M. Guinard étaient d'autant plus troublantes que nous connaissons tous ses beaux travaux sur le traitement des anévrismes de la base du cou, pour employer la formule à laquelle il tient, par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites ; et puis lui-même nous déclarait avoir pratiqué quinze fois la ligature de la carotide commune, sans avoir eu d'autre accident qu'un cas d'hémiplégie tardive mortelle (c'était sa première opérée) et, d'ailleurs, explicable par l'état du système carotidien opposé. D'autre part, cette innocuité parfaite des ligatures carotidiennes, dont M. Guinard se faisait garant, n'était point sans aller à l'encontre des idées qui règnent encore et dont l'expression se retrouve dans les travaux les plus récents. Bien entendu, nous savons tous quelle large part il convient de faire à l'infection dans la pathogénie des accidents consécutifs, si fréquents autrefois, et, d'ailleurs, les statistiques de mortalité, réduites aujourd'hui de moitié, suffiraient à en témoigner ; ce que nous voudrions connaître, c'est le danger de la ligature par elle-même, et si ce danger existe encore.

Il fallait donc s'informer. Nous avons trouvé, dans un mémoire de M. Siegrist (de Bâle) publié dans les *Archives de Gräfe*, en 1900 (1), des éléments d'appréciation que je désirerais résumer ici brièvement.

En réunissant aux faits « utilisables » empruntés aux statistiques antérieures, 172 cas de ligature de la carotide primitive, datant des années 1881 à 1897, M. Siegrist arrive à un total de 997 observations parmi lesquelles il relève 371 morts, soit une mortalité

(1) August Siegrist. — « *Die gefahren der ligatur der grossen Hatsschlagadern für das auge und das Loben des Menschen* ». — *Albrecht von Græfe's Archiv für Ophtalmologie*, 1900, Bd. L. 3, p. 511.

générale d'environ 38 p. 100. Précisons tout de suite cet abaissement de la mortalité générale, dont nous parlions tout à l'heure : elle était de 43,2 p. 100 dans la statistique de Pilz (1868, 609 cas), de 40, 93 p. 100 dans celle de Wyeth (1881, 789 cas) ; elle tombe, pour les 172 faits de la période 1881-1897, réunis par M. Siegrist, à 20, 3 p. 100.

Décomposons maintenant les 371 cas mortels : 193 (52 p. 100) ne sont nullement imputables à la ligature elle-même, l'issue fatale ayant eu lieu par infection, par hémorragie secondaire, par affection grave intercurrente, etc. ; 26, 4 p. 100 ne peuvent servir à la discussion, les renseignements cliniques étant trop précaires ; il reste seulement 80 cas (20,5 p. 100) dans lesquels la terminaison fatale est bien en relation directe avec la ligature carotidienne, et, le plus souvent, doit être rapportée à l'hémiplégie ou aux accidents cérébraux précoces.

Toutefois, dans un grand nombre de ces ligatures malheureuses, les accidents et l'issue trouvent leur explication dans une affection surajoutée ou dans les conditions spéciales de l'intervention : affection du cœur ou des vaisseaux ; anémie aiguë ; ligature des deux carotides se succédant à moins d'un quart d'heure d'intervalle, etc. ; 16 fois seulement, on ne peut attribuer qu'à la ligature seule les résultats plus ou moins hâtifs qui se sont produits.

Ajoutons encore que si l'on répartit en catégories, d'après la lésion causale, les différentes interventions, on aboutit à des résultats très frappants et plus démonstratifs peut-être que les conclusions, toujours un peu frustes, d'une statistique globale. C'est ainsi que, sur quarante et une ligatures pratiquées pour des affections nerveuses, épilepsie, etc., ou pour l'éléphantiasis de la face, c'est-à-dire dans des conditions où, d'ordinaire, le système cardio-vasculaire est tout à fait sain, l'auteur relève quarante guérisons, et une seule mort ; il note, en continuant la série :

	Cas.	Guérisons.	Morts.	Résultats inconnus.
Ligature pour l'exophtalmos pulsatile traumatique	76	72	4	»
— pour l'exophtalmos consécutif à des tumeurs	10	10	»	»
— pour l'exophtalmos idiopathique	27	21	6	»
— pour des tumeurs (ligatures atrophiantes)	177	121	50	5
— pour des anévrismes (non compris l'exophtalmos)	276	171	102	3
— pour des extirpations de tumeurs	115	58	49	8
— pour des hémorragies	322	145	163	14

Enfin l'âge, par lui seul, ne paraît pas, d'après M. Siegrist, aggraver le pronostic de la ligature carotidienne, et même lorsqu'il s'agit de sujets ayant atteint soixante ans et plus.

Nous voilà donc presque d'accord avec M. Guinard, et nous le serions tout à fait s'il voulait bien, à sa formule : « je maintiens qu'il ne s'est jamais produit d'hémiplégie immédiate pourvu que les voies anastomotiques soient saines », substituer celle-ci : chez un sujet sain, avec un appareil circulatoire sain, l'arrêt de la circulation dans l'une des carotides, par la ligature, ne provoque aucun trouble cérébral permanent. C'est que, en dehors même de la perméabilité et de l'élasticité des voies anastomotiques, il y a lieu de tenir compte de l'état du cœur et de son aptitude à les faire fonctionner, et à les faire fonctionner vite et suffisamment. Cette réserve consentie, j'accepte pleinement, pour ma part, la proposition énoncée tout à l'heure, car un long commerce avec les injections vasculaires m'a depuis longtemps convaincu que, nulle part, dans le corps humain, dans aucune région, quelle qu'elle soit, il n'est possible de suspendre la circulation artérielle par la ligature du tronc principal d'apport sanguin.

Mais une question se pose tout de suite : avons-nous les moyens d'être toujours exactement renseignés sur cet état d'intégrité complète du cœur et des vaisseaux? Il suffit, nous dit M. Guinard, de s'être assuré « que la carotide du côté opposé est normale ». Est-ce là vraiment une condition de sécurité absolue? Dans le cas auquel il fait allusion, la carotide opposée, la carotide gauche, ne battait plus; mais trouvons-nous souvent pareil avertissement? Et comment serons-nous renseignés d'avance sur l'état anatomique des branches de l'hexagone, des communicantes? Les lésions de l'athérome ne sont-elles pas souvent irrégulièrement disséminées, latentes, et bien malaisées à reconnaître ou à prévoir, surtout lorsqu'on se trouve en face d'une nécessité imprévue, d'un accident traumatique ou opératoire? Sans grossir le moins du monde les dangers et les aléas de la ligature carotidienne, étais-je si loin de la vérité, lorsque je disais, à l'occasion du fait de M. Launay, que, dans un cas de ce genre, lorsque la plaie carotidienne est courte, longitudinale, et qu'elle se prête à une bonne suture, on a raison de préférer cette suture latérale à la ligature d'emblée? Je n'avais pas dit autre chose, en effet, et, après une nouvelle étude de la question, telle que l'ont faite les travaux récents, je crois toujours que cette pratique est sage.

M. Le Dentu. — Les détails que vient de nous donner M. Lejars relativement aux résultats de la ligature de la carotide primitive, dans les différents cas où cette opération est indiquée,

offrent un très grand intérêt. Les groupements de faits qu'on trouve dans cette statistique révèlent des écarts considérables dans les chiffres de la mortalité suivant les circonstances. M. Lejars nous a montré que pour l'exophtalmos pulsatile traumatique la mortalité est faible ; mais il ne nous a rien dit de l'exophtalmos spontané, de celui qui reconnaît pour cause des lésions artérielles préalables. N'est-il pas en mesure de nous fournir quelques renseignements sur cette variété d'exophtalmos? Je serais personnellement très aise de savoir si pour ces deux cas envisagés séparément les résultats ne sont pas sensiblement différents, car j'ai fait, il y a quelques mois, la ligature de la carotide primitive gauche à une dame atteinte d'exophtalmos pulsatile spontané double, ligature qui devait être suivie quelque temps après de celle de la carotide primitive droite. Des accidents cérébraux immédiats ont suivi mon opération. A peine était-elle terminée que la cornée du côté gauche avait commencé à se flétrir, et lorsqu'on rapporta la malade dans son lit elle présentait déjà une hémiplégie droite. L'opérée reprit un peu connaissance dans le courant de l'après-midi, puis elle retomba dans le coma et succomba entre le troisième et le quatrième jour.

J'avais été frappé du développement de la carotide primitive et de sa teinte jaunâtre. Elle avait tellement perdu son élasticité que les tractions exercées sur le fil qui avait été jeté autour d'elle déterminaient la formation d'un pli persistant. Une fois la ligature serrée, il fallut réduire cette artère dans le fond de la plaie où elle n'avait pas de tendance à rentrer d'elle-même.

Evidemment chez cette malade la circulation cérébrale était profondément modifiée et la ligature a amené un arrêt complet de l'irrigation sanguine dans une grande partie de l'hémisphère gauche. J'avais des raisons d'espérer mieux, ayant déjà pratiqué un certain nombre de ligatures de grosses artères et ayant été frappé de la bénignité des ligatures aseptiques. Mon échec dans ce cas d'exophtalmos a un peu refroidi mon optimisme.

M. Picqué. — Je me permets de rappeler le cas que je vous ai présenté ces jours-ci et relatif à une femme que j'ai guérie très simplement d'un exopthalmos pulsatile de l'orbite par la ligature de la carotide primitive. Je vous l'ai présentée environ dix ou quinze jours après l'opération. J'avais eu, je vous l'avoue, quelque appréhension au moment où j'ai serré le fil. Aucun incident ne s'est produit ni au moment de la ligature, ni après, et je suis resté convaincu que les accidents d'hémiplégie tardive qu'on observe après la suture sont ordinairement d'origine septique, comme l'a dit M. Guinard.

Il n'est pas toujours facile d'autre part comme dit Le Dentu, de distinguer les cas traumatiques des cas spontanés. Dans mon cas, le traumatisme avait été très modéré (coup de poing sur l'œil) et l'on est en droit de se demander si la lésion n'a pas été préparée par une altération préalable du système vasculaire, ce qui conduirait alors à penser que ma malade rentre dans la catégorie des cas où la ligature d'après notre collègue pourrait donner de mauvais résultats. Ce cas prouve en somme que dans les cas qui paraissent mauvais, on peut obtenir un excellent résultat quand l'opération a été correcte et aseptique.

M. Terrier. — Je n'ai pas grande expérience de la ligature de la carotide primitive. Cependant les faits que j'ai constatés plaident dans le sens de l'opinion de M. Guinard car je n'ai jamais vu d'hémiplégie consécutive à cette ligature. J'ai cependant pratiqué cette opération dans des conditions bien défavorables.

J'ai le souvenir d'une plaie par coup de feu qui nécessita mon intervention sur le champ de bataille où je dus me servir de tringles à rideaux comme écarteur. Mon blessé succomba quinze jours après à une hémorragie secondaire septicémique, mais il n'eût aucun trouble cérébral. J'attache une importance dans cette ligature au respect des filets du sympathique que l'on voit facilement à ce niveau.

Quant aux faits d'altérations artérielles, antécédents dont nous parle M. Lejars, il me paraît capital de distinguer le siège de ces altérations en amont ou en aval de la ligature; vous comprenez que ce sont surtout les artérites siégeant en aval qui peuvent jouer un rôle capital dans le rétablissement des anastomoses.

M. Chavasse. — J'ai eu l'occasion de pratiquer la ligature de la carotide primitive du côté droit pour des hémorragies secondaires consécutives à un coup de feu chargé à plomb et reçu à bout portant, qui avait presque détruit le creux parotidien. Au moment où je soulevais l'artère sur le fil de soie, il se produisit une attaque épileptiforme des plus nettes ; le même fait fut observé à nouveau, lors de la ligature définitive. J'espère pouvoir apporter l'observation complète à la Société dans la prochaine séance.

M. Tuffier. — L'importance des lésions artérielles sur laquelle vient d'insister M. Terrier me paraît capitale. J'ai dû pour un anévrisme de la carotide primitive faire chez une vielle femme, successivement la ligature des trois carotides droites — primitive externe et interne. Je n'ai eu aucun accident cérébral. Les artères cérébrales examinées quarante-cinq jours après la ligature, ne montraient aucune altération.

M. Le Dentu. — Sans aucun doute il faut tenir grand compte de l'état des artères au point de vue des suites opératoires, mais l'expérience a démontré qu'un certain degré d'altération artérielle n'est pas incompatible avec un bon résultat. Je n'en veux pour preuve que les succès de M. Guinard et les miens dans les cas où nous avons pratiqué des ligatures périphériques pour combattre des anévrismes de la base du cou et de l'aorte. Les vaisseaux sur lesquels ces ligatures portent en pareille circonstance ne peuvent pas être généralement considérés comme intacts.

M. Guinard. — Je suis tout à fait heureux de voir le revirement complet qui s'est produit dans la Société de Chirurgie depuis mercredi dernier. Tout le monde aujourd'hui est à peu près de mon avis. Aussi je ne saurais trop remercier M. Lejars du travail consciencieux et si documenté qu'il vient de nous apporter. Pour moi, la question ne saurait être douteuse. L'encéphale reçoit quatre artères : on admet que chaque carotide compte pour un tiers, et que les deux vertébrales réunies font le troisième tiers de la circulation encéphalique. En liant une carotide, *chez un sujet sain*, on ne supprime donc que le tiers de la circulation intracranienne. Il faut n'avoir jamais fait une injection cadavérique pour supposer qu'en liant un gros tronc artériel on va supprimer la circulation en aval. Mais je n'ai cessé, dans mes écrits, de souligner qu'il fallait pour la carotide, laisser libres les voies anastomotiques. Aussi M. Quénu aurait-il dû ajouter, en me citant, que je crois la ligature de la carotide primitive innocente *pourvu que les voies anastomotiques soient intactes*. Or, l'observation de M. Quénu et celle de M. Faure viennent justement confirmer ma manière de voir. M. Faure enlève le maxillaire, lie la faciale et la linguale et la carotide primitive : il est clair qu'il a ainsi détruit la grande voie anastomotique d'une carotide externe à l'autre. De même pour M. Quénu, puisque M. Labbé avait opéré le malade pour un épithélioma de la bouche. La récidive s'était faite dans les ganglions du cou. Là encore, le sang de la carotide externe opposée ne pouvait plus revenir dans le système carotidien du côté de la ligature.

En pareil cas, la ligature d'une carotide primitive équivaut à la ligature immédiate des deux carotides. Le travail de M. Lejars montre bien que les accidents sont alors relativement fréquents. Il ne faut pourtant pas croire qu'ils soient constants. On trouve dans l'excellent article de Barwell (*Encyclopédie internationale de Chirurgie*) des cas où on a lié les deux carotides primitives et une vertébrale sans observer d'accidents cérébraux. Dans un cas où on avait lié, sans accidents, la carotide primitive droite pour un ané-

vrisme brachio-céphalique, on a vu à l'autopsie, plus tard, que la carotide gauche et la vertébrale gauche étaient complètement oblitérées. Cela dit, pour bien montrer les ressources naturelles de la circulation collatérale.

Il n'en reste pas moins de cette discussion que certaines conditions pathologiques rendent la ligature de la carotide primitive dangereuse. Comment saurez-vous, dit M. Lejars, que votre malade a son hexagone de Willis en bon état ? Eh bien, dans nombre de cas, on peut s'en douter. Voilà le soldat de M. Terrier avec une plaie de la carotide sur le champ de bataille de Beaumont. Voilà un jeune homme qu'on amène à l'hôpital avec un coup de couteau qui a blessé la carotide. On peut vraiment penser qu'il n'y a pas là de lésions des collatérales et dans nombre de cas particuliers on pourra opérer à coup sûr.

En somme, trois conditions sont mauvaises pour la ligature de la carotide et les accidents cérébraux immédiats :

1° Les tumeurs de la face et du cou pour lesquelles on a dû lier la linguale, la faciale et les principales anastomoses d'un système carotidien à l'autre ;

2° Les grandes hémorragies : parce qu'alors il n'y a peut-être plus dans le système artériel une tension suffisante pour forcer le sang à prendre les voies collatérales inhabituelles ;

3° Les maladies artérielles, l'athérome par exemple. Pour celles-ci, j'insiste sur la remarque si juste de M. Terrier. Dans l'anévrisme aortique ou brachio-céphalique, la lésion est en amont, et rien ne dit que les artères en aval soient lésées.

Le plus souvent, il faut bien le savoir, l'anévrisme est une lésion purement locale, qui n'implique nullement l'altération de tout le système artériel.

Reste l'observation de M. Chavasse : mais là encore je rappelle l'observation très juste de M. Terrier relative aux filets nerveux qu'il faut éviter. Est-il bien sûr que M. Chavasse ne tenait pas dans son anse de fil quelque important filet nerveux. Les crises épileptiformes dont il parle le laissent supposer.

En dehors de ces trois conditions à retenir, je reviens à ma conclusion qui, dans la dernière séance, avait soulevé tant d'objections un peu aplanies aujourd'hui, grâce à l'étude topique de M. Lejars : chez un sujet dont les deux systèmes carotidiens et vertébraux sont sains, la ligature de la carotide primitive ne donne pas d'accidents cérébraux au moment où on serre le fil.

M. Lejars. — Je voudrais faire simplement remarquer que mon collègue et ami M. Guinard vient de reprendre exactement les propositions que j'avais cru pouvoir formuler ; mais je tiens à ce

que cette discussion ne crée pas un malentendu ni une impression fausse. Personne n'a eu l'intention, que je sache, de battre en brèche la ligature de la carotide ; l'opération n'est pas en cause, elle est excellente, et la pratique moderne nous a permis de la réaliser dans des conditions de sécurité tout à fait satisfaisantes : c'est ce qui ressort, avec le plus d'évidence, des chiffres que je vous rapportais tout à l'heure. Si je me suis quelque peu insurgé, c'est que mon ami M. Guinard disait que c'était précisément à la carotide que la suture latérale ne convenait jamais. Or, il est impossible d'admettre qu'une suture aseptique expose davantage aux embolies qu'une ligature aseptique, et, d'autre part, étant donné les incertitudes qui restent attachées dans certains cas au pronostic de la ligature carotidienne, la suture ne saurait passer pour une pratique irrationnelle et dangereuse et ne mérite pas qu'on la rejette d'emblée.

Infection hépatique et drainage des voies biliaires.

M. A. Mignon. — Une absence que j'ai dû faire de Paris m'a empêché de répondre plus tôt aux membres de votre société qui ont bien voulu prendre la parole à propos de l'observation d'infection hépatique grave que je vous ai communiquée dans la séance du 25 mai.

Deux faits ont attiré votre attention : la nature même de la maladie et le drainage des voies biliaires auquel j'attribue la guérison du malade.

Je voudrais d'abord insister sur le fait que mon opéré âgé de vingt-deux ans n'avait aucun antécédent hépatique. Il n'était ni alcoolique, ni paludéen, ni calculeux. Son affection a commencé et a évolué comme une maladie infectieuse. Il a eu des prodromes de courbature générale et, pendant les trois premiers jours de l'hospitalisation, le diagnostic est resté hésitant. On aurait pu croire aussi bien à une fièvre typhoïde qu'à une hépatite. La maladie ne peut pas être désignée autrement, ce me semble, que sous le nom d'infection hépatique primitive, à forme d'ictère grave ou typhoïdique, comme l'a fort bien dit M. Schwartz.

L'observation que je vous ai présentée doit donc être différenciée de celles de M. Arrou où le drainage des voies biliaires a été pratiqué pour des angiocholites calculeuses.

M. Reynier m'a objecté que je n'étais pas autorisé à attribuer à

une angiocholite non calculeuse l'infection hépatique de mon malade, attendu qu'il a lui-même observé des cas semblables au mien et causés par des calculs du cholédoque. Je ferai remarquer que les calculs biliaires sont rares chez les hommes de vingt-deux ans et que les infections générales sont au contraire très fréquentes chez les militaires. Je concéderai plus volontiers à M. Reynier que je ne suis pas en droit de dire que le processus infectieux s'est étendu jusqu'aux canalicules intra-hépatiques, surtout si la formule de M. Reynier est exacte, à savoir que l'ictère est d'autant moins prononcé que la lésion porte sur des canaux biliaires de plus petit volume. L'ictère de mon malade était tel que les téguments avaient une coloration vert bouteille.

Quant à la question du drainage, je reconnais avec MM. Lejars et Hartmann que c'est presque un accident de pouvoir le pratiquer aussi aisément que je l'ai fait. Mes recherches anatomiques m'ont conduit à la même conclusion que M. Hartmann ; et j'avoue que si je m'étais servi d'une sonde molle, j'aurais plutôt cru à son enroulement dans la vésicule qu'à sa pénétration dans les canaux biliaires. Mais la rigidité de la sonde que j'ai employée et la profondeur de sa pénétration m'obligent à croire que j'ai fait le cathétérisme complet des voies biliaires. Il y a évidemment des canaux cystiques qui laissent passer la sonde, puisque — sans sortir de la discussion actuelle — nous apprenons que M. Bazy a entretenu la perméabilité des voies biliaires d'une malade par le passage répété d'une bougie urétrale.

Ce qu'il importerait surtout de savoir, pour satisfaire l'esprit autant que pour régler la thérapeutique chirurgicale, c'est le mode d'action de l'ouverture de l'abdomen et du drainage des voies biliaires. Je n'ai ni l'autorité ni les documents suffisants pour pour traiter cette question. Je m'en tiens au fait clinique qui est en cause et je crois que la filiation des phénomènes post-opératoires est à elle seule un enseignement. La vésicule biliaire de mon malade était vide au moment où la gravité des symptômes m'a poussé à faire la laparotomie. L'écoulement biliaire s'est produit quelques heures après l'introduction du drain dans la vésicule, et l'amélioration générale a commencé dès l'établissement de l'écoulement biliaire. Voilà le fait utile et principal à retenir.

Rapports.

Sur une observation du Dr JACOMET (de Douai), ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Fistule vésico-rectale par corps étranger de la vessie. Taille sus-pubienne; avivement; drainage; guérison.*

Rapport par M. Ed. SCHWARTZ.

Le Dr Jacomet a été aux prises avec un cas fort difficile au point de vue du diagnostic et de la décision à prendre pour l'intervention, comme vous pourrez en juger par l'observation que voici :

Un enfant de douze ans et demi, un garçon de bonne santé habituelle, est pris, en décembre 1901, de douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation vers le périnée et les organes génitaux; leur maximum était au-dessus du pubis, aussi bien spontanément qu'à la pression et à la palpation profonde. L'enfant s'amaigrit, perdit l'appétit, puis, au bout d'un mois, se déclara une diarrhée intense, noirâtre, qui présentait ceci de spécial, c'est que tous les deux jours environ, le jeune malade avait une selle moulée, puis des selles diarrhéiques, de 8 à 10 et même 12 par jour.

En présence de la persistance de ces phénomènes alarmants, on pensa à des accidents nerveux; la diarrhée fut traitée par les moyens habituels, mais cela sans aucun résultat.

Sur ces entrefaites, les parents remarquèrent que la quantité d'urine émise était très faible, à peine 200 grammes par jour, et que celle-ci diminuait de plus en plus. On fit faire une analyse du liquide diarrhéique, et l'on trouva que celui-ci était constitué surtout par de l'urine et une matière noirâtre, dont on ne put préciser la nature.

Cependant, les douleurs devinrent plus vives et, le 7 février, le petit malade rendit par l'anus un pinceau de boîte à couleur, de 7 cent. 1/2 de longueur et 5 millimètres de diamètre; la plume d'oie qui forme son manche est remplie de couleur noire jusqu'à une certaine hauteur; elle est arrondie à son extrémité comme le bout arrondi d'un cure-dents.

A dater de ce moment, le liquide diarrhéique devient clair et les douleurs cessent. Malgré tous ces indices, on ne voit pas encore la filiation des accidents; une nouvelle analyse du liquide diarrhéique indique que les selles sont surtout constituées par de l'urine avec un dépôt de matières fécales.

C'est dans ces conditions que notre confrère fut appelé à donner son avis, quinze jours après l'expulsion du pinceau, deux mois après le début des accidents.

L'examen lui permit de constater une douleur vive au-dessus de la symphyse pubienne, un autre point douloureux sur le trajet du côlon pelvien, dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal, qui n'avait pas été pratiqué depuis le début des accidents, ne donna aucun renseignement très précis; il réveillait une douleur à la pression sur la face postérieure de la vessie.

Le D[r] Jacomet, étant donné les commémoratifs, pensa à la possibilité d'une fistule vésico-rectale par perforation de la vessie par le corps étranger introduit par où? L'enfant, pressé de questions, affirmait avoir avalé le pinceau.

Quoiqu'il en soit, il fit séance tenante, dans la vessie, une injection de bleu de méthylène, qui ressortit par le rectum. Il n'y avait aucun doute; il existait bien certainement une fistule vésico-intestinale, qui donnait issue à l'urine dans l'intestin, sans que jamais les matières fécales y aient pénétré.

Après avoir essayé de placer une sonde à demeure qui ne fût pas tolérée, après avoir fait un examen sous le chloroforme, et de la vessie au cystoscope et du rectum après dilatation, et n'avoir pu trouver aucun renseignement précisant le siège de la communication anormale, notre confrère se décida à intervenir par la laparotomie. Celle-ci fut pratiquée le 13 mars.

Le péritoine ouvert, on ne constata nulle part, dans le bassin, aucune lésion. Il fut refermé; la vessie fut ouverte, suspendue des deux côtés, bien éclairée, dans la position de Trendelembourg. Il put alors découvrir, au niveau du trigone vésical, un petit orifice situé en arrière de l'orifice urétral, où un stylet s'enfonce à 1 centimètre de profondeur; ses bords sont ulcérés, irréguliers et évasés. Il essaie de poser un fil sur les lèvres de la solution de continuité, mais les tissus cèdent et se déchirent; il fit alors un avivement avec un bistouri fin et une pince à griffes, espérant que le bourgeonnement arriverait à combler la fistule, les urines une fois détournées par le drainage hypogastrique et urétral.

L'opération se termina sans encombre. On plaça un drain dans la vessie, drain siphon qui, par l'autre bout, s'ouvrait dans un urinal placé entre les cuisses du petit malade. On mit aussi une sonde de Pezzer.

Le drain fut changé au bout de huit jours, la sonde au bout de quinze. Le 7 avril, le drain hypogastrique fut enlevé, et, le 13 avril, l'orifice sus-pubien du drainage étant bien fermé, on enleva la sonde à demeure.

Les urines avaient repris leur cours par l'urètre; rien ne passait plus par le rectum; il n'y avait plus là qu'un peu de rectite, dont eurent raison de grands lavages boriqués.

Voilà deux ans passés que l'enfant à été opéré; il se porte parfaitement, et le fonctionnement de sa vessie, de son urètre et de son intestin est absolument normal.

Notre confrère se pose encore en terminant la question de savoir si effectivement l'enfant a avalé le pinceau qui aurait perforé la vessie après son arrivée dans le rectum où si ce n'est pas par l'urètre qu'à eu lieu l'introduction, la perforation du rectum étant secondaire à celle de la vessie. Pour mon compte, sans y insister outre mesure, je serai très disposé à admettre l'introduction par les voies digestives. Il me semble, en effet, difficile d'admettre l'introduction primitive dans la vessie, devant l'absence complète d'accidents vésicaux au début de la maladie. Il n'est question ni de ténesmes, ni de dysurie, ni d'urines troubles ni d'urines colorées en noir comme cela n'aurait pas manqué d'avoir lieu si le pinceau avait été dans la vessie. Il est bien dommage, à tous les points de vue, que le toucher rectal n'ait pas été fait lors de l'apparition des diarrhées noires, il eut levé bien des doutes et paré à bien des tergiversations.

Notre confrère, à partir du moment où le malade lui a été confié, a fait tout ce qu'il fallait pour amener un bon résultat qu'il a obtenu

Nous ne nous arrêterons pas longuement aux signes observés, aux explorations qui ont été faites pour assurer le diagnostic complètement égaré au début. Faisons remarquer cependant que jamais on n'a signalé le passage de matières fécales dans la vessie alors que les urines passaient au contraire facilement dans l'intestin, si bien que le malade n'urinait pour ainsi dire plus par l'urètre.

Le fait a été noté un certain nombre de fois et résulte presque toujours du trajet oblique de la fistule. Nous soulignerons en passant l'excellente idée qu'a eue notre confrère en pratiquant dans la vessie une injection de bleu de méthyle qui passait presque immédiatement dans le rectum et rendait ainsi indubitable une communication anormale entre la vessie et le gros intestin. Peut-être eût-il pu, après dilatation préalable de l'anus sous le chloroforme et examen de la paroi antérieure du rectum, se servir du rectoscope, pour découvrir l'orifice fistuleux? C'est, en tout cas, un moyen à ajouter à ceux que nous connaissons déjà.

Etant donné l'absence totale de notions sur le siège de la

fistule dans le gros intestin, il a sagement agi en faisant méthodiquement d'abord une laparotomie exploratrice; puis après avoir refermé le péritoine, la taille hypogastrique. Avec Quénu et Hartmann, on peut suivre divers chemins pour arriver à la fistule; le péritoine, la vessie le rectum, le périnée.

Le néant des résultats obtenus par l'exploration du rectum mettait de côté la voie rectale, et la voie périnéale : et notre confrère a bien fait de s'adresser à la voie haute. Mais son observation montre une fois de plus la difficulté qu'il y a à atteindre, à aviver et à suturer les fistules vésicales. Nous nous sommes trouvé une fois dans la nécessité d'opérer par la vessie, et la suture a été excessivement pénible, malgré la position inclinée de Trendelenbourg, à cause de la profondeur à laquelle il faut porter l'aiguille et cela malgré un bon éclairage.

Elle nous montre encore que le simple avivement et un bon drainage de la vessie par la voie sus-pubienne peuvent suffire pour amener la guérison.

Nous vous proposons d'adresser des remercîments au Dr Jacomet et de déposer son observation dans nos Archives.

Appendicite aiguë. Terminaison par abcès pelvien, ouvert spontanément dans le rectum. Guérison. Par M. le Dr Breynaert (de Dunkerque),

Rapport par M. FÉLIZET.

Le Dr Breynaert (de Dunkerque) vous a présenté une observation très intéressante.

Vous m'avez chargé d'en faire le rapport. Je n'ai pas voulu attendre, car le fait du Dr Breynaert touche de près aux idées que M. Chaput a développées ici sur le traitement des *Abcès appendiculaires à prolongement pelvien.*

Il s'agit d'un jeune lycéen, agé de quinze ans, J. A., de Dunkerque, garçon très grand et très fort. Embonpoint exagéré.

Gros mangeur. Santé généralement bonne, à part de la dyspepsie : alternatives de constipation et de diarrhée. Colite muqueuse habituelle.

Il y a deux ans, au cours d'un voyage à l'étranger, première crise, qui se traduisit par des douleurs abdominales violentes, que le repos, la diète et l'application de la glace sur le ventre firent disparaître en deux ou trois jours.

Le 8 septembre 1903, sans l'explication d'aucune fatigue, ni d'aucun écart de régime, une crise d'appendicite se produisit brusquement avec une violence extrême.

Une personne de l'entourage fit prendre au malade une tasse de décoction de séné, médication dont l'effet ne se fit pas attendre : vomissements, douleur extrême, ballonnement du ventre, état général inquiétant. Deux garde-robes liquides ne s'accompagnèrent d'aucun soulagement.

Le Dr Breynaert vit le malade le soir même, et le lendemain matin il releva une température de 40 degrés avec un pouls à 128.

Le ventre était météorisé, le maximum de la douleur répondait au point de Mac-Burney, avec irradiation *étendue à tout l'hypogastre.*

Opium. Glace sur le ventre. Diète. Repos absolu.

Le troisième jour, dans la nuit : Temp., 40°4 ; Pouls, 140.

J'eus l'occasion de voir le malade et il me sembla qu'une intervention s'imposait à brève échéance.

En attendant l'aide et l'outillage que je fis demander à Paris par télégraphe, je fus d'avis d'appliquer dans la région iliaque droite quinze sangsues qu'on laissa couler.

Cette émission sanguine produisit un soulagement marqué, la température baissa d'un degré et le pouls retomba à 120.

Le toucher rectal, que je pratique systématiquement dans tous les cas d'appendicite, ne me révéla rien d'anormal. L'amélioration continua, la douleur fut moindre et, quoique la température ne descendit pas au-dessous de 39 degrés, l'enfant fut plus calme et cessa de souffrir aussi violemment.

La paroi abdominale cessa de se défendre et nous pûmes pousser à fond l'exploration de la région cæcale.

Or, ce qui nous frappa le Dr Breynaert et moi, ce fut la libération presque complète de la fosse iliaque droite et l'existence d'une masse arrondie, tendue, douloureuse à la pression, surplombant la vessie et semblant plonger dans le petit bassin.

Le toucher rectal, cependant, ne nous faisait rien découvrir encore, mais le malade accusait de vives douleurs, survenant à l'occasion du lavage intestinal.

La température était encore de 39°3 le soir, et tombait à 37°8 le matin.

Le traitement médical fut suivi avec rigueur. Le 15 septembre (huitième jour de la crise), le toucher rectal nous fait découvrir, à bout de doigt, une tuméfaction globuleuse, rénitente, extrêmement sensible au toucher et dont la fluctuation était encore peu nette.

En même temps, la tuméfaction sous-ombilicale avait à peu

près disparu, la fosse iliaque et le bas-ventre étaient devenus parfaitement libres : sonorité partout à la percussion.

La vessie fonctionnait bien.

Du côté du rectum, on constata de la douleur, du ténesme, une émission de mucosités glaireuses, etc.

Le lavage avec la sonde portée très haut, quelques purgatifs légers, atténuèrent sensiblement les épreintes et la douleur, mais la température ne descendait toujours pas au-dessous de 39 degrés.

La masse du cul-de-sac de Douglas n'était pas plus grosse ; elle était plus molle, la fluctuation était manifeste, mais le centre du foyer était encore très élevé.

Nous éprouvions, le Dr Breynaert et moi, la tentation de l'attaquer avec le bistouri ; mais, trouvant que l'orientation du foyer se faisait dans le bon sens et qu'il n'y avait pas péril en la demeure, nous résolûmes d'attendre.

On n'attendit pas longtemps : le 21 septembre, quatorzième jour après le début de la crise appendiculaire, l'ouverture spontanée se fit, à la suite d'une selle. On peut estimer à 250 grammes la quantité de pus sanieux, horriblement fétide, contenant des particules sphacélées, qui ne furent pas conservés.

Les suites furent très simples : dès le lendemain de l'ouverture de l'abcès, la température vespérale tombe de 39°3 à 37, et se maintint à la normale.

M. Breynaert ne fit, dans le foyer, ni sondage, ni irrigation. Il se contenta des « lavements naphtolés administrés matin et soir. *Après huit jours* toute suppuration avait cessé ».

Je souligne cette durée de *huit jours*, car c'est elle que je retrouve dans les sept observations que vous a présentées notre collègue Chaput.

L'ouverture s'était donc faite, et la guérison était survenue dans les conditions de déclivité, de rapidité et d'innocuité que M. Chaput demande à l'intervention par la voie rectale.

Les choses s'étaient passées, on le voit, exactement comme après l'opération préconisée par Richardson, Jaboulay et Chaput. Est-ce à dire que nous regrettons de n'être pas intervenu et d'avoir attendu patiemment la solution de la nature ? Ce qui nous a déterminés, c'est la constatation de la migration de l'inflammation vers le petit bassin, migration tellement complète que la fosse iliaque récupérait son intégrité et que la région du cæcum redevenait libre et indolente, *à mesure que la phlegmasie cheminait vers le rectum.*

La grande cavité péritonéale était, à n'en pas douter, hors de cause : nous avions le temps d'attendre et d'aviser. La nature accomplissait le travail mieux que nous aurions pu l'accomplir.

L'abcès se dirigeait avec à-propos et sûreté vers le gros intestin, et nous savions que ces abcès ouverts dans l'intestin guérissent fort bien, sans sondages et sans lavages.

L'événement nous a donné raison.

Il y aurait beaucoup à dire au sujet du traitement systématique des appendicites par l'incision que M. Chaput préconise. La discussion nous entraînerait trop loin.

L'objet de ce rapport est simplement de vous présenter un fait assez peu ordinaire, suivi minutieusement et présenté avec une grande clarté.

Nous vous proposons de garder dans nos archives la très intéressante observation de M. le Dr Breynaert et d'adresser nos remerciements à l'auteur.

Présentations de malades.

Luxation récidivante de la mâchoire inférieure.

M. Terrier. — Messieurs, la malade que j'ai l'honneur de vous présenter est je crois assez intéressante à examiner; il s'agit d'une luxation récidivante de la mâchoire inférieure, luxation unilatérale droite se reproduisant à chaque ouverture de la bouche et se réduisant spontanément par la fermeture de l'orifice buccal.

Mme L... n'a aucun antécédent personnel ni héréditaire à signaler.

Au mois de février dernier, la malade se fit arracher une molaire altérée, sans accidents inflammatoires consécutifs. Toutefois, ce serait quelques temps après cette avulsion que Mme L... se serait aperçu de quelques phénomènes anormaux du côté de l'articulation temporo-maxillaire droite.

Un matin, en ouvrant la bouche, il se produisit un craquement, au niveau de l'articulation, et une déviation du menton du côté opposé. Pendant un mois, les accidents eurent lieu tous les matins, l'ouverture de la bouche était incomplète et légèrement douloureuse, si bien que la malade ne pouvait prendre son premier déjeuner. Pendant la journée, tout rentrait dans l'ordre et la malade mangeait comme d'habitude. Depuis environ deux mois, les choses s'aggravèrent, le craquement et la luxation se produisaient alors à chaque mouvement d'ouverture buccale.

A son entrée à l'hôpital vers la fin de mai, lorsque la malade

ouvre la bouche, le mouvement se fait en deux temps, d'abord les arcades s'ouvrent normalement dans une étendue de 2 centimètres et demi; puis il se produit dans l'articulation temporo-maxillaire droite un craquement avec ressaut et le maxillaire se place dans la position de la luxation unilatérale droite, le menton étant dévié à gauche, du côté sain.

Il se produit une saillie au niveau de la région temporo-maxillaire droite. Dès que la malade ferme la bouche, tout rentre dans l'ordre spontanément. En plaçant un doigt sur l'articulation luxée, on perçoit très nettement le ressaut et on sent le condyle se porter brusquement en avant et en dehors. Quand la malade ferme la bouche, il se fait un nouveau ressaut, mais plus léger que celui qui a lieu lors de l'ouverture buccale.

Si l'on empêche le maxillaire inférieur de se dévier à gauche, soit en pressant sur le menton, soit en mettant un doigt en avant du condyle et en l'empêchant ainsi de se porter en avant, la malade peut ouvrir la bouche normalement et la luxation ne se produit pas.

Par la palpation de l'articulation temporo-maxillaire droite, on sent que cet article est légèrement augmenté de volume.

Lorsque la bouche est ouverte, dans sa position de luxation, l'écartement des arcades dentaires est suffisant pour l'alimentation; mais pour éviter la gêne du ressaut de l'articulation et la douleur qui suit, la malade n'ouvre la bouche qu'incomplètement, la luxation ne se produisant pas, mais alors l'introduction des aliments est gênée et l'alimentation se fait mal.

Que faire pour éviter cette luxation récidivante.

Le 3 juin, avec l'aide de M. Dujarier, je fis une incision à peu près horizontale en avant du tragus et avançant le long du bord inférieur de l'arcade zygomatique, au niveau de l'articulation condylienne. L'articulation temporo-ménisquale fut ouverte, le ménisque fut attiré légèrement au dehors par deux pinces de Kocher. Puis on plaça deux sutures au catgut, dans le but de fixer le bord externe du ménisque aux tissus fibro-périostique recouvrant l'arcade zygomatique.

A aucun moment on n'apercut les filets du nerf facial, qui fut dévié en bas par un écarteur.

Suture de la peau au crin de florence. Pas de drainage.

Les suites furent fort simples, on enleva les crins le septième jour, la réunion était parfaite.

Le 23 juin la malade fut revue; elle ouvre la bouche avec un écart de 2 centimètres et demi et la luxation ne se reproduit plus. De plus, quand l'écartement de la bouche se fait, le menton se porte légèrement du côté droit, c'est-à-dire du côté malade,

contrairement à ce qui arrivait avant l'opération. Enfin les douleurs ont entièrement disparues, et l'alimentation se fait d'une façon normale.

Jusqu'ici je n'ai pas trouvé de fait analogue à celui que je vous indique ici.

Annandale (*Lancet*, 1887, p. 411) relate deux cas de luxation récidivante unilatérale de la mâchoire, guéris par une opération analogue à celle que je vous ai décrite, à savoir fixation du ménisque interarticulaire aux tissus fibro-aponévrotique voisins de l'article.

Un seul point diffère, c'est que dans les deux cas d'Annandale, la luxation spontanée devait être réduite par une légère pression exercée par les malades en avant de l'article, dans mon cas; la réduction se faisait spontanément et se réduisait de même dès la fermeture de la bouche.

Gastrostomie par torsion.

M. Souligoux présente un malade qu'il a opéré. — M. Guinard, rapporteur.

Fracture fermée de la diaphyse fémorale.

M. Dujarier présente un malade qu'il a suturé avec une agrafe métallique pour fracture fermée de la diaphyse fémorale. — M. Terrier, rapporteur.

Fracture du crâne.

M. Lenormant présente un malade atteint d'une fracture du crâne, pour lequel il a pratiqué une intervention. — M. Demoulin, rapporteur.

Présentation de pièce.

Plaie pénétrante du cœur par coup de couteau. Suture. Mort quarante-huit heures après.

M. A. Guinard. — Le 10 juin de cette année, en arrivant dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, je trouvai mes excellents internes, MM. Pécharmant et Diel, en train de tailler un volet précardiaque pour parer à des accidents menaçants dus à une plaie du thorax par coup de poignard. Je me mis rapidement en état d'opérer avec eux, et c'est le résultat de notre intervention, avec les réflexions qu'elle nous a suggérées, que je désire consigner ici.

Voici d'abord l'observation, telle qu'elle a été rédigée par mon cher collaborateur, M. Pécharmant. Je présente en même temps le cœur en question, en mon nom et au nom de mes internes, MM. Pécharmant et Diel.

Le blessé s'est frappé d'un coup de poignard à 8 heures du matin. Il arrive à l'hôpital en ambulance à 9 h. 1/2; on l'opère de suite, un quart d'heure après son arrivée, dans des conditions parfaites d'asepsie, car tout était préparé pour d'autres opérations.

La plaie cutanée siège à deux travers de doigt en dedans du mamelon, et à 1 centimètre environ au-dessus dans le 4ᵉ espace; elle est toute petite et ne saigne pas. Le blessé est pâle, légèrement cyanosé, surtout au niveau des lèvres. Il ne souffre pas et répond très bien aux questions qui lui sont posées. Respiration relativement normale, pas de dyspnée.

Aspect d'un malade qui saigne, pouls petit, faible, rapide, avec des intermittences. Matité précordiale très étendue en tous sens, se continuant en dehors avec une matité pleurale absolue occupant en hauteur la moitié de la plèvre. Mouvements de cœur à peine perceptibles sous la main, même lorsque le malade est assis. Bruits du cœur assourdis, lointains, comme dans la péricardite avec épanchement. Pas de bruits anormaux. Refroidissement des extrémités.

Intervention. — Volet de Fontan à charnière externe, longeant en dedans le bord gauche du sternum. Section des 6ᵉ, 5ᵉ, 4ᵉ, 3ᵉ cartilages costaux. Incision des muscles intercostaux, immédiatement au-dessus des 3ᵉ et 7ᵉ côtes.

On peut alors, en portant le volet costal en dehors, fracturer assez facilement les 3ᵉ, 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ côtes en dehors du mamelon.

La plèvre est ouverte dès qu'on coupe les cartilages costaux (la mammaire interne est pincée au fond de la plaie); en relevant le volet costal, on achève d'ouvrir très largement la séreuse, et le poumon fait violemment hernie au dehors en même temps que s'écoule une grande quantité de sang noir et de caillots contenus dans la plèvre.

Sur le péricarde se voit une tache ecchymotique correspondant, comme siège, à celui de la plaie pariétale, mais on ne peut affirmer que ce soit la plaie péricardique, car elle ne saigne pas. On incise alors le péricarde largement; il s'en échappe une quantité considérable de sang rouge, et il est impossible de rien voir sur le cœur avant d'avoir introduit la main dans le péricarde et d'avoir complètement luxé le cœur au dehors.

En saisissant le cœur par la pointe, on sent qu'en un point les deux doigts peuvent facilement le maintenir malgré ses mouvements désordonnés, et ce point est très nettement au-dessus de la pointe du ventricule gauche, entre la cloison interventriculaire et le bord gauche du cœur.

On aperçoit alors très nettement sur la face gauche du ventricule gauche, à 1 centimètre environ du sillon interventriculaire et à 5 ou 6 centimètres de la pointe, un orifice triangulaire qui donne du sang. On place sur cet orifice des points séparés au catgut; un surjet commencé est abandonné, parce que les tissus se déchirent. En réalité, la suture n'a tenu et n'a vraiment été hémostatique que quand les fils ont embrassé la paroi dans sa totalité. A chaque orifice des fils, on voyait un petit jet systolique de sang, et ce jet s'arrêtait aussitôt que le fil était noué.

On vide ensuite le péricarde d'énormes caillots qui sont accumulés, surtout à la partie postéro-supérieure de la cavité. On est surpris de la tolérance du malade pendant toutes ces manœuvres, au cours desquelles on saisit le cœur à pleine main, on le lâche, on le reprend, etc. La chloroformisation se fait aussi correctement que pour une opération sur un membre.

Surjet au catgut sur le péricarde qu'on ne draine pas. On enlève ensuite la 6e côte pour laisser un gros drain dans la plèvre, en avant, et un deuxième drain à la partie supérieure de la plaie.

Suture du volet thoracique.

Comme on a senti derrière le poumon d'énormes caillots et qu'à chaque mouvement d'inspiration des flots de sang sont projetés, on enlève au niveau de la pointe de l'omoplate gauche 3 à 4 centimètres de la 7e côte, de façon à drainer largement par la voie postérieure.

Pouls pendant l'opération. — Cœur saisi entre les doigts (10 h. 1/4) : 112; un peu après (10 h. 20) : 96; cœur lâché (10 h. 30) : 84.

Après-midi : pouls, 120; plus fort qu'avant l'intervention. Respiration, 26.

A 5 heures du soir, pouls petit à 130. Temp. : 37°9. Pâleur extrême, beaucoup de sang par l'incision postérieure. Tamponnement de la plaie postérieure.

A 7 heures du soir, pouls très rapide, filant, à peine perceptible. Malade très décoloré, donne l'impression qu'il saigne. A 11 heures du soir, 350 grammes de sérum. Le malade est mieux après l'injection. Dans la nuit, agitation, morphine. Respiration : 26; pouls : 140.

Le 11 juin au matin le malade paraît aller un peu mieux. Pouls : 130, mieux perceptible, dyspnée, un peu de cyanose, 1.200 grammes de

sérum dans la journée. Le soir, malade très mal, très agité; pouls presque imperceptible malgré le sérum.

Malade mort le 12 juin 1904 à 8 heures du matin après une agonie d'environ un quart d'heure.

Autopsie. — La suture a tenu malgré l'injection à la glycérine, faite à l'École de médecine avec la pompe de Farabeuf (par la carotide).

Pas de sang dans le péricarde qui est complètement adhérent en avant au niveau du point suturé. En cherchant à voir la plaie on décolle ces adhérences, et du même coup on rompt les catguts, usés déjà probablement par les mouvements du cœur.

A l'intérieur du ventricule gauche, on trouve sur la ligne de suture un caillot dur, grisâtre, solidement collé à la paroi cardiaque.

La cavité pleurale contient encore du sang en abondance.

Nous n'avons pas pu nous procurer le poignard qui a servi au suicide. C'était un poignard acéré, à lame étroite, nous a-t-il été dit.

Voici maintenant les réflexions que nous ont suggérées les péripéties de cette intervention. Je suivrai dans un court examen les différents temps de l'observation, et je parlerai successivement du diagnostic, du volet, du péricarde, de la suture du cœur, du drainage et des causes de la mort.

Le diagnostic. — Ce sont mes internes MM. Pécharmant et Diel qui l'ont fait en se basant surtout sur l'absence de battements au niveau de la pointe et sur l'éloignement et l'affaiblissement des bruits du cœur. Ils m'ont ainsi évité les premières difficultés qui se présentent en pareil cas. Je crois pourtant qu'il n'a pas été très difficile en raison des signes cardiaques, de l'étendue de la matité thoracique, et du siège de la plaie cutanée. Ce qui est certain, c'est que mes internes Diel et Pécharmant, tous les deux internes en chirurgie de quatrième année, n'ont pas hésité un instant à intervenir.

Le volet. — Je n'ai pas eu à donner mon avis pour le choix du volet, puisque MM. Pécharmant et Diel avaient déjà tracé l'incision cutanée à mon arrivée, et commençaient à sectionner les cartilages costaux, mais je pense qu'ils ont choisi le meilleur procédé.

Ce qu'il faut chercher avant tout, c'est du jour. A ce point de vue, le volet à charnière externe tel que l'a fait M. Fontan et tel que nous l'avons pratiqué me semble excellent; c'est bien à lui que j'aurais recours si j'avais de nouveau à aborder le cœur. La fracture des côtes se fait très aisément au point qu'on a choisi, et la voie d'accès est considérable. Je ne vois pas qu'il soit nécessaire de sectionner en dehors la 3e et la 6e côte pour faciliter le renversement du volet : les quatre côtes se fracturent d'ensemble très aisément.

Le péricarde. — Tous les tissus prépéricardiques étaient si infiltrés de sang que nous n'avons pu voir la plaie péricardique

par où il ne s'échappait pas de sang. Nous avons donc incisé franchement le péricarde de façon à pouvoir introduire la main dans sa cavité pour saisir et extraire le cœur.

La plaie du cœur. — Le péricarde largement ouvert, pour peu que la plaie ventriculaire soit bien pénétrante, comme c'était ici le cas, on est aveuglé par un véritable bouillonnement sanguin et il est impossible de voir si l'hémorragie se fait pendant la diastole ou la systole. J'ai relu les observations du rapport de MM. Terrier et Reymond et je suis bien surpris de voir que quelques observateurs ont pu faire cette distinction. Pour moi, je ne peux comparer ce que j'ai vu qu'au jaillissement continu et tumultueux d'un geyser ; le sang très rouge sortait en bouillonnant et se mêlait en nappes au sang antérieurement extravasé dans la cavité péricardique. Je n'ai pu « y voir quelque chose » qu'après avoir résolument saisi le cœur à pleine main gauche, la pointe battant dans la paume et les doigts allant jusqu'aux oreillettes. Et c'est en lâchant lentement ma prise, le cœur franchement luxé au dehors, que nous avons pu voir la plaie du ventricule gauche.

Quand il s'est agi de passer des catguts dans les lèvres de cette plaie, j'ai été frappé de voir que le tissu cardiaque, sans cesse en mouvement, vient « se scier » sur l'aiguille ou sur le fil. A deux reprises ce tissu s'est coupé sur le fil, et la plaie s'est trouvée agrandie notablement. Cette véritable difficulté a d'ailleurs été signalée. Il faut donc de toute nécessité fixer le cœur pendant la suture, pour n'être pas obligé de saisir « au vol » pour ainsi dire les lèvres de la plaie, ce qui expose à les déchirer. Pour ce faire, on s'est servi de pinces à griffes fixées dans la pointe. Je comprends bien qu'on en soit arrivé à cette extrémité, véritable expédient, car on risque d'arracher les tissus et de faire une nouvelle plaie en voulant oblitérer la première : le cœur, en effet, est lisse et glissant, il semble en vérité qu'on tient dans la main une anguille sortant de l'eau ; et comme il est incessamment secoué de mouvements désordonnés dont on ne peut se faire une idée sans les avoir perçus, il vous échappe et rentre dans sa loge.

J'insiste sur ce fait qui a frappé tous les chirurgiens et je signale une petite manœuvre qui permet d'immobiliser l'organe à volonté. Inutile d'essayer de tenir le cœur par le ventricule droit qui est mollasse, gluant, glissant, fuyant, sans reliefs notables comme un poisson sans écailles. Mais il n'en est pas de même du ventricule gauche. Au-dessus de la pointe, placez le pouce gauche en avant et pincez le ventricule à ce niveau avec le médius placé en arrière à la hauteur correspondante. Vous avez là une prise solide, car les deux doigts sont calés par trois reliefs franchement saillants et durs : en dedans c'est la cloison interventriculaire ; en

dehors, c'est le bord gauche épais du ventricule; enfin en bas c'est le tourbillon massif de la pointe. Le cœur saisi d'abord à pleine main, la paume en arrière, m'a glissé plusieurs fois de la main, et ce n'est que lorsque je l'ai tenu pincé entre deux doigts que M. Pécharmant a pu commencer à passer les fils. A un moment donné, les fils ont coupé et j'ai abandonné un surjet commencé pour faire des points séparés. Mon aide a alors pris la pointe comme je l'ai dit et le cœur est resté correctement fixé pendant que l'hémostase finale se faisait. Je ne saurais donc trop recommander cette manœuvre qui me paraît devoir remplacer avantageusement la pince à griffes. Quant aux points de suture, je crois qu'il ne faut pas craindre de les faire perforants. Le jet systolique insignifiant qu'on voit battre à chaque orifice s'arrête dès que les fils sont serrés,

Vous pouvez voir sur ce cœur que la suture était bien étanche. Grâce au zèle de M. Pécharmant, j'ai pu avoir ce cœur qu'il a trouvé à l'École pratique où le sujet avait été injecté.

Malgré l'injection carotidienne faite avec la pompe de Farabeuf, il n'y avait pas une goutte de liquide dans le péricarde. Des adhérences fixaient le péricarde pariétal à la ligne de suture.

Le drainage. — Nous n'avons pas drainé le péricarde et je crois que c'est là un point qui a son importance. Quant à la cavité pleurale, je me suis décidé à faire une pleurotomie postérieure pour éviter les rétentions pleurales. Est-ce une pratique à généraliser? Je n'en suis pas convaincu et voici pourquoi. Notre blessé est mort, je pense, d'avoir perdu trop de sang. Il est certain que la pleurotomie faite immédiatement est une cause de quelque hémorragie, si faible soit-elle. De plus, l'opération a toujours été assez longue; elle a duré une demi-heure ou trois quarts d'heure, sur un sujet peu résistant du fait de la grande perte de sang. Il n'est peut-être pas indifférent de la prolonger encore en faisant une pleurotomie postérieure. Je crois vraiment qu'il faut, — sur le moment, — éviter toute hémorragie nouvelle, et je ne ferai la pleurotomie postérieure dorénavant que le lendemain ou quarante-huit heures après. De plus, nous pensons qu'il faut soigner minutieusement l'hémostase au niveau de la section du volet thoracique, sur la mammaire interne et ses branches. On doit se rappeler que si le malade est un peu syncopé, quelques artérioles peuvent sembler ne donner qu'une hémorragie négligeable, alors qu'en réalité elles saigneront sérieusement lorsque les contractions du cœur auront repris leur force. Il faut donc mettre des catguts sur tout ce qui saigne, si peu que cela paraisse.

Reste enfin la question des injections de sérum. De parti pris, je n'en ai pas fait le premier jour, par crainte de favoriser l'hémorragie, et je n'ai commencé les hautes doses que le second

jour. Je vois dans beaucoup d'observations qu'on en a fait dès le début, et M. Fontan les recommande. J'avoue que je n'ai pas d'opinion ferme sur ce point.

M. Lejars. — J'ai eu, moi aussi, l'heureuse chance de posséder des internes qui ont pratiqué la suture du cœur : l'un d'eux, M. René Lemaître, a suturé, l'an dernier, deux plaies du cœur à l'hôpital Tenon, l'une dans le service de mon collègue Rochard, l'autre dans le mien; cette année, M. Guénot a pratiqué une autre intervention de ce genre, et nous a présenté la pièce, ici même, le 25 mai dernier. Je n'ai, sur la question, d'autre expérience que la leur, mais pourtant, avec ce qui m'a été dit et ce que j'ai vu sur leurs opérés, je voudrais répondre quelques mots à notre collègue, M. Guinard.

M. Guinard s'étonne qu'on ne signale pas le bouillonnement tumultueux de l'hémorragie qu'il a observé chez son malade. C'est que ce bouillonnement n'est pas constant, loin de là, et que, dans certains cas, l'hémorragie se fait par petits jets : il en était ainsi chez l'opéré de M. Guénot. Cela tient, sans doute, à l'état de dépression syncopale, plus ou moins accusé, du cœur blessé, et, de fait, la malade dont nous parlons était presque mourante, et sans pouls, lorsqu'on intervint.

En second lieu, puisqu'on vient de nous parler d'un procédé pour saisir et maintenir le cœur, je crois devoir relater les remarques très intéressantes que M. Lemaître avait faites, sous ce rapport, et qu'il n'a pas publiées encore. Chez son second opéré, le cœur était « tumultueux » et « bouillonnant » : il passa les doigts de la main gauche en arrière de lui, dans la cavité précardiaque, l'empauma et le maintint de la sorte et parvînt alors, grâce à cette fixation, à faire sans peine la suture. M. Lemaître a maintes fois insisté devant moi sur les services que lui avait rendus cette manœuvre de « l'empaumement d'arrière en avant, et de l'extraction du cœur blessé », et il semble bien résulter de toutes les opérations récentes que l'immobilisation, de l'organe, saisi à pleine main, est la condition nécessaire d'une bonne suture, — et aussi que, grâce à ce temps préliminaire indispensable, la suture ne présente pas, en général, de difficultés très grandes.

Enfin, il y a lieu de remarquer que, dans tous les cas, ou à peu près, publiés au cours de ces dernières années, et terminés par l'autopsie, on a constaté que la réunion de la plaie cardiaque était parfaite. Il semble que le muscle cardiaque soit un terrain excellent pour la cicatrisation rapide, et cette suture du cœur, qu'on regardait autrefois comme extraordinaire, devient de plus en

plus une opération de technique réglée; on ne peut ajouter encore : et de résultat sûr, car les morts sont fréquentes; mais elles paraissent devoir être rapportées, bien souvent, à l'infection pleurale, et ce fut la complication fatale chez deux opérés de Tenon, qui survécurent plusieurs jours. C'est pour cela que la pratique suivie par M. Guinard, de réunir péricarde et plaie en avant, et de faire une thoracotomie de décharge, en arrière, est intéressante, et que cette question du drainage ou du non drainage pleural, non encore tranchée, est peut-être plus importante, à l'heure actuelle, pour l'amélioration des résultats, que les détails techniques de la suture du cœur proprement dite.

M. Rochard. — Comme M. Lejars, je rappellerai ici quelques-uns des points qui m'ont été communiqués par mon interne Lemaître, qui a opéré une plaie du cœur dans mon service. A ce moment, nous avons discuté longuement la question du drainage de la plaie, et Lemaître pense qu'il ne faut pas drainer. Il s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur les deux beaux succès de Fontan, et ses deux opérés n'avaient pas été drainés. J'ajoute que c'est aussi l'opinion de notre collègue Riche qui a guéri une plaie du cœur et qui a refermé complètement le thorax. Mais, à mon avis, on peut admettre qu'une thoracotomie postérieure soit indiquée, s'il y a le moindre soupçon de suppuration de la plèvre, dans les jours suivants.

Le malade opéré dans mon service, auquel je faisais allusion tout à l'heure, est mort le septième jour et après un emphysème sous-cutané généralisé dû à la présence du drain. Lemaître pense que son malade aurait guéri sans cet accident.

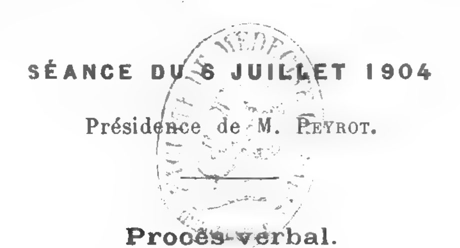
Il y aurait encore d'autres particularités à énoncer, mais je veux signaler ici, avec mon interne Lemaître, pour que ses idées soient bien établies, la supériorité du lambeau à charnière externe, celui fait par Fontan sur le lambeau pivotant autour du bord du sternum. Avec le lambeau à base externe on arrive non seulement avec la plus grande facilité sur le ventricule gauche, mais on peut aussi découvrir facilement le ventricule droit, ce qui serait très difficile avec le lambeau à base interne pratiqué par les élèves de M. Lejars dans le cas dont il vient de nous parler.

Le Secrétaire annuel,

Delorme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1904



Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. ARROU, qui, pour raison de santé, demande un congé d'un mois.

3°. — Un travail de M. GUILLOU (de Tremblade) sur le *traitement des ankyloses.*

— Le travail de M. GUILLOU est renvoyé à une Commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

4°. — Un exemplaire du *Traité de l'anesthésie générale et locale*, du professeur Dumont (de Berne). (Traduction française par M. Cathelin.)

— M. le PRÉSIDENT remercie M. CATHELIN, au nom de la Société de chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau un travail de M. NABUCO (de Gounea), intitulé : *Du cohrion épithéliome malin de Marchand.*

— Le travail de M. NABUCO (de Gounea) est renvoyé à une Commission dont M. FAURE est nommé rapporteur.

M. le PRÉSIDENT fait part à la Société de la présence de M. DJEMIL-PACHA, membre correspondant.

A l'occasion du procès-verbal.

Ligature de la carotide primitive droite pour une plaie par coup de feu.

M. Chavasse. — Je viens verser au débat qui s'est élevé à propos du rapport de M. Lejars l'observation à laquelle j'avais fait allusion d'après mes souvenirs à la dernière séance.

Le nommé Ahmed, arabe âgé d'environ vingt ans, est apporté à l'hôpital de Blida, dans l'après-midi du 12 juillet 1894, pour une plaie du cou par coup de feu reçu quelques heures avant. Cet indigène travaillait la terre et était dans la position du bêcheur, la tête et le corps penchés vers le sol, lorsqu'un jeune homme, porteur d'un fusil de chasse qu'il ne croyait pas chargé et qui l'était en réalité avec du plomb n° 10, lui a tiré par plaisanterie, à bout portant, un peu de haut en bas et d'arrière en avant, un coup de feu dont la charge, rasant l'épaule droite, a emporté les téguments de toute la région latérale droite du cou et est ressortie au niveau de la partie supérieure du larynx.

Le blessé est, aussitôt après son arrivée, transporté à la salle d'opération où, après nettoyage avec des antiseptiques chauds, je constate les désordres suivants : les parties molles de la région latérale droite du cou, l'extrémité inférieure de la glande parotide et la glande sous-maxillaire en entier sont dilacérées, le sterno-mastoïdien est emporté dans sa partie moyenne ; la plaie arrive jusque sur le bord du larynx et là s'est produit un décollement avec un éclatement de la peau qui remonte jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure fendue dans toute sa hauteur sur le côté gauche du menton. La partie moyenne du maxillaire inférieur a disparu emportée par la charge ; la solution de continuité commence à la première prémolaire droite et s'arrête à la deuxième prémolaire gauche. L'os hyoïde est fracturé et sa grande corne du côté droit a disparu.

Les désordres sont donc très étendus et l'aspect des lésions est véritablement effrayant. Le blessé, qui a perdu beaucoup de sang, respire difficilement, expectorant à chaque instant du sang qui coule dans la trachée et les poumons.

Je procède immédiatement aux opérations ci-après : 1° laryngotomie intercricothyroïdienne et mise en place d'une canule à demeure pour parer à une mort menaçante par suffocation ; 2° ligature à la soie de l'artère faciale droite, qui a été sectionnée à son passage sous la glande sous-maxillaire et donne beaucoup de sang ; 3° suture aux crins de Florence de la partie des téguments éclatés en arc de cercle, depuis la lèvre inférieure jusqu'à la droite de l'os hyoïde, où commence la plaie avec perte de substance ; il est placé douze points de suture et

cette restauration de la lèvre rend l'aspect du blessé moins hideux. Un tamponnement à la gaze iodoformée achève de combler la vaste plaie restant ouverte à droite, vers la région parotidienne.

Je termine en pratiquant dans la région lombaire une injection sous-cutanée de 160 grammes de la solution dite physiologique de sérum à 0,6 de chlorure de sodium pour 100 grammes d'eau bouillie.

Le malade est alors transporté dans son lit. Comme prescriptions : glace à l'intérieur, thé froid au biberon.

13, 14, 15 *juillet*. — Rien de saillant. Le blessé se calme progressivement, se remonte; il est alimenté avec du lait donné au biberon. Toute expectoration de crachats ou caillots sanguins a cessé dès le 14. La température, qui était, le 13, à 38°2 le matin et à 38°3 le soir, tombe, le 14, à 37°2 le matin et à 37°6 le soir; le 15 elle est de 36°8 le matin, mais remonte à 37°8 le soir. Pendant ces trois jours, il a fallu renouveler les couches superficielles de gaze iodoformée souillées par l'écoulement séro-sanguin, et nettoyer fréquemment la canule.

Médication : Potion avec 4 grammes de benzoate de soude, alcoolé de tolu et un centigramme de morphine.

16 *juillet*. — Hémorragie dans l'après-midi. Le médecin aide-major de service appelé enlève la gaze, mais déjà le sang s'était arrêté spontanément et la source de l'hémorragie n'est pas découverte. Température, 37°4 le matin, 38 degrés le soir.

17 *juillet*. — A cinq heures du soir, nouvelle hémorragie qui s'est également arrêtée spontanément lors de mon arrivée. J'explore néanmoins la plaie dans toutes ses anfractuosités, et, à la partie supérieure, s'enfonçant sous la parotide je découvre un diverticulum bouché par un caillot fibrineux. Celui-ci enlevé, un flot de sang noir s'échappe que la compression sur la carotide primitive n'arrête pas. L'index porté dans ce diverticule arrête l'hémorragie et me permet de reconnaître qu'elle ne provient pas des carotides, mais d'un vaisseau situé immédiatement en arrière d'elles, évidemment la jugulaire interne largement dilacérée. Un tamponnement serré à la gaze iodoformée arrête cette hémorragie. Température 37 degrés le matin, 38°5 le soir.

18 *juillet*. — On ne note pas d'autres particularités que l'ascension thermique, 37°5 le matin, 39 degrés le soir, ce qui est un peu inquiétant.

19 *juillet*. — A la suite de visites reçues pendant lesquelles il a causé longuement et s'est agité, une nouvelle hémorragie se déclare, aussitôt arrêtée par la compression par l'infirmier de garde auprès du blessé; température 38 degrés le matin, 38°5 le soir. Le malade s'alimente suffisamment. Il n'a pas de signes d'infection générale ni pulmonaire, mais il est sensiblement affaibli par ces hémorragies successives.

20 *juillet*. — Dans la matinée, vers 9 heures et demi, alors que ma visite était terminée, je suis appelé pour une hémorragie nouvelle. Je constate que, cette fois, le sang n'a plus la couleur du sang veineux mais présente tous les caractères du sang artériel; il est rutilant et animé de battements et l'écoulement s'arrête par la compression de l'artère carotide primitive. La situation est pressante et je pratique

sur-le-champ la ligature de l'artère carotide primitive au lieu d'élection, car la recherche et la ligature, dans la plaie, de l'artère ou des artères blessées, me paraissent impraticables en raison des désordres et de l'infiltration des tissus. La dénudation de l'artère est facile, et après avoir passé un fil de soie n° 3 en arrière d'elle, sans y comprendre aucun filet nerveux du sympathique, au moment où j'attire les deux extrémités du fil pour le nouer, soulevant ainsi l'artère, le blessé est pris d'une crise convulsive épileptiforme à type jacksonien, localisée à toute la moitié gauche du corps. Surpris, je relâche le fil, et tout cesse à l'instant. Pour m'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence, je recommence la même manœuvre, et les mêmes accidents se reproduisent.

Comme la situation était menaçante et que l'hémorragie n'était que momentanément suspendue par compression directe dans la plaie supérieure, je pratique la ligature en serrant aussi fortement que possible. Une nouvelle crise d'épilepsie jacksonienne se produit et dure quinze à vingt secondes, puis tout se calme. J'avais admis que l'hémorragie était due à la chute d'une escarre et que la crise épileptiforme avait comme cause la privation brusque du sang dans l'hémisphère cérébral droit. Un tamponnement serré à la gaze iodoformée enfoncé dans le diverticule supérieur sous-parotidien de la plaie termine mon intervention. Je n'ai pas jugé à propos de procéder à la ligature de la carotide primitive du côté gauche dont le succès me paraissait très aléatoire, surtout à cause de la réaction encéphalique accusée par des convulsions lors de la ligature de la carotide droite.

A cinq heures de l'après midi, nouvelle hémorragie que n'arrêtent ni la compression ni les pinces hémostatiques et la mort arrive à cinq heure et demie.

Autopsie. — A côté de la fracture du maxillaire et de celle de l'os hyoïde, en somme banales, les plaies vasculaires seules offraient de l'intérêt.

La veine jugulaire interne du côté droit présente : 1° une perte de substance latérale de 2 centimètres de longueur et d'environ un 1/2 centimètre de largeur située à hauteur des plaies des deux artères décrites plus loin; 2° quatre traces de petites plaies par grains de plomb ayant traversé le vaisseau.

Les artères carotides externe et interne du côté droit sont blessées toutes deux à la même hauteur, à 2 centimètres environ au-dessus de la bifurcation de l'artère carotide primitive. Elles ne sont ni sectionnées, ni perforées par les plombs, mais toutes deux ont une large échancrure de 1/4 de centimètre pour la carotide interne et de 1/2 centimètre pour la carotide externe. La lésion de cette dernière siège exactement sur l'émission de l'artère linguale. Il s'agit-là de plaies par chutes d'escarres de contusion pas grains de plomb.

Par suite de l'inflammation, les deux artères avaient contracté par leurs gaines une union tellement intime que leur séparation était impossible et que leur ligature isolée sur le vivant, à cette période de la blessure, n'aurait pu être pratiquée.

L'examen de la ligature de la carotide primitive a montré ce fait intéressant que la tunique interne avait résisté à la striction cependant très énergique exercée avec un fil de soie tressée n° 3 et ne s'était pas rompue.

Les constatations d'autopsie permettent de conclure : 1° que les hémorragies qui ont été observées dans les premiers jours de la blessure étaient bien d'origine veineuse ainsi que je l'avais admis d'après leurs caractères et provenaiant de la plaie de la veine jugulaire interne; 2° que les hémorragies apparues le septième jour après la blessure et dont la répétition a entraîné la mort du blessé étaient des hémorragies secondaires occasionnées par la chute des parties contuses et escarrifiées des carotides externe et interne.

Comme il n'y avait eu aucune indication de rechercher de gros vaisseaux blessés lorsque le malade a été examiné et pansé pour la première fois, puisque seule l'artère faciale donnait, que, d'autre part, les deux premières hémorragies étaient veineuses, et avaient été facilement arrêtées par un tamponnement à la gaze iodoformée, il en est résulté que je me suis trouvé dans un cruel embarras lorsque se sont manifestées, dès le septième jour, les hémorragies à caractère artériel. La plaie était alors en période d'inflammation et je ne pouvais guère songer à aller au milieu des tissus dilacérés et infiltrés de la région parotidienne rechercher et lier les gros vaisseaux en cause (j'ai dit plus haut que l'autopsie a montré que cette intervention n'aurait pas abouti). Je me suis donc résigné à la ligature de la carotide primitive du côté blessé, me réservant en cours d'opération de lier aussi la carotide interne du côté gauche. Mais les manifestations épileptoïdes qu'a déterminées la simple ligature de la carotide primitive droite (et j'assure qu'aucun filet nerveux n'était pris dans mon anse) m'ont détourné d'intervenir sur sa congénère, car il m'apparaîssait clairement que l'encéphale du blessé très affaibli ne résisterait pas à la privation presque totale du courant sanguin et que j'étais menacé de voir se produire sur-le-champ une mort opératoire.

En ce qui concerne tout spécialement le point de discussion soulevé par M. Guinard, les convulsions à forme hémiplégique présentées par mon opéré montrent bien, malgré leur caractère transitoire, le trouble profond apporté aux fonctions cérébrales par l'arrêt brusque de la circulation dans l'une des carotides primitives. Ce fait me paraît donc constituer un argument de quelque valeur contre l'absolutisme de l'assertion de notre collègue, d'autant plus que la carotide primitive du côté opposé était normalement perméable et que les voies anastomotiques endocraniennes

étaient sûrement intactes chez ce jeune Arabe. Je sais bien que l'on peut arguer que ce malade affaibli par sa vaste blessure, par la nécessité du maintien d'un canule trachéale à demeure, et surtout par des hémorragies répétées et abondantes, était en état de prédisposition. Soit, je le concède, mais les malades sur lesquels on pratique la ligature de la carotide primitive présentent assez généralement une atteinte grave de leur organisme, et, par conséquent, chez eux, les accidents encéphaliques mécaniques immédiats, bien que très rares, sont toujours à redouter. Quant aux accidents encéphaliques tardifs, je me rallie complètement, quant à leur pathogénie, à l'opinion exprimée par M. Guinard.

A propos des sutures artérielles.

M. Djemil Pacha. — Jusqu'à présent j'ai eu l'occasion de faire trois fois la suture artérielle avec succès.

Mes deux premières observations ont été communiquées il y a sept ans (le 7 août 1897 au XIIe Congrès international de médecine à Moscou).

Dans ces cas-là, il s'agissait de déchirures longitudinales de l'artère axillaire et j'ai fait pour la première fois la suture de l'artère. Ma première opération remonte à neuf ans (le 5 février 1895).

Dans le troisième cas il s'agissait d'une déchirure de près de 2 centimètres de longueur de l'artère iliaque externe. Au cours de l'opération d'une adénite tuberculeuse de la région inguinale gauche, très avancée, chez un homme, j'ai fait tout de suite la suture latérale de l'artère et avec plein succès.

Cette dernière opération remonte à quatre ans. Aujourd'hui ce malade ne présente aucun trouble dans la circulation du membre inférieur.

Je crois que dans la déchirure longitudinale des grosses artères comme carotides, sous-clavières, axillaires, iliaques, fémorales et ne dépassant pas plus de 2 centimètres de longueur, il faut pratiquer la suture artérielle au lieu de la ligature, qui provoque quelquefois les accidents les plus fâcheux.

Quant à la manière de passer les sutures, il vaut mieux faire avec une aiguille très fine des points de suture perforants très rapprochés avec le fil de soie et tout près du bord de la déchirure en affrontant bien les deux parois et ensuite quelques points de suture sur la gaine de l'artère.

Je crois qu'il est tout à fait imprudent et même illusoire de mettre des points non perforants.

En résumé, quand on opère bien aseptiquement et surtout si on accole les deux parois comme il faut et si on ferme la plaie bien hermétiquement, il n'y a pas à craindre ni une endartérite avec thrombose, ni un anévrisme traumatique, ni une hémorragie secondaire quelconque.

Communications.

Traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum. Du rhumatisme rectal. Extirpation d'un rétrécissement avec conservation du sphincter. De la fermeture des anus iliaques,

par M. QUÉNU.

Le traitement des rétrécissements du rectum ne peut être uniforme. Il faut faire une part à la dilatation lente et prudente chez certains malades qui peuvent se soigner et être soignés; le traitement applicable à la majorité des cas est pour nous l'anus iliaque; nous lui devons de véritables résurrections chez des malades cachectisés, atteints de suppuration abondante du rectum et en proie aux douleurs incessantes des expulsions fécales difficiles. Chez un malade mexicain qu'avait soigné le professeur Fournier pendant quatre mois, la suppuration était tellement abondante que lorsque le malade se mettait au-dessus du vase et poussait, il sortait de son anus un véritable jet de pus. Il était sujet à des accidents fébriles intenses qu'on avait pris pour des accidents paludéens; l'aimaigrissement était notable. En outre, il se produisait chez lui une complication que je n'ai pas vu signaler et que j'ai observée chez un bon nombre de malades, ce sont des poussées d'arthrite; ici, c'était dans le genou; chez d'autres spécifiques atteints de rétrécissement, j'ai observé cette sorte de rhumatisme rectal dans les articulations des doigts et du poignet. Depuis plus de cinq ans, j'appelle l'attention de mes élèves sur ce faux rhumatisme à point de départ rectal, et je l'ai signalé au professeur Fournier dans une consultation que nous eûmes il y a près de trois ans à propos de ce malade mexicain.

L'anus iliaque avec un bon éperon supprima chez lui, après trois mois de traitement et de lavages, la suppuration rectale, la fièvre et les poussées de rhumatisme. Un an après, j'avais des

nouvelles me disant que le poids avait augmenté de 12 kilogrammes. J'ai suivi d'autres opérés pendant six et huit ans, le résultat se maintenait parfait quant à l'état général. Au point de vue local, il se produit des modifications intéressantes : la suppuration s'atténue énormement, mais sans disparaître d'une façon absolument complète; mais, en outre, l'intestin semble s'atrophier, le calibre continue à décroître et on peut espérer à un moment donné une sorte d'atrophie définitive par disparition de la fonction. Pour arriver à ce but, dont j'ai observé quelques stades, il est nécessaire que rien ne passe par le bout inférieur. Je crois qu'en général, il faut considérer l'anus iliaque comme définitif et qu'il est imprudent de le fermer, même quand l'amélioration est considérable. Bien plus, il y a tout avantage à occlure, au contraire, l'orifice du bout inférieur, mais non primitivement, quatre ou cinq semaines après la colostomie, alors qu'on s'est servi déjà du bout inférieur pour faire les lavages, et qu'on a obtenu un premier résultat suffisant.

Voici comment je procède à cette fermeture du bout inférieur : je circonscris l'orifice du bout inférieur par une incision qui entame la muqueuse circulairement; je décolle cette muqueuse et réunis la couche sus-jacente, c'est-à-dire la couche musculaire avec du catgut; par-dessus je réunis la peau. Dans un très petit nombre de cas, la limitation de la rectite, rectite qui, je le répète, me paraît le fait prédominant et primitif, autorise à recourir à une thérapeutique plus satisfaisante, c'est-à-dire à l'extirpation du segment rétréci. J'ai présenté ici la première extirpation qui ait été faite en France de propos délibéré (juin 1890); le résultat a été satisfaisant, mais je n'avais pas encore une bonne technique d'extirpation rectale. Je viens d'opérer, il y a quelques mois, une jeune malade dans de meilleures conditions, et je vous présente à la fois la pièce enlevée et l'opérée. J'ai un peu copié, au point de vue de l'ordre du traitement, ce que j'ai fait pour l'extirpation rectale en cas de cancer. Cette femme suppurait énormement, malgré les essais de dilatation et malgré tous les lavages du monde. Je commençai donc par instituer un anus iliaque temporaire; à la suite de cette première opération, la suppuration rectale diminua rapidement et les forces revinrent d'une façon merveilleuse. Lorsque la suppuration fut très réduite, grâce aux pansements, et en particulier aux pansements à l'ichthyol très bien faits par un de mes externes, je procédai à l'extirpation du rectum.

Après avoir circonscrit l'anus par une incision en raquette, je décollai la muqueuse de la face interne du sphincter, et je liai le cylindre ainsi obtenu avec un gros fil, de manière à empêcher toute contamination ultérieure. La dilatation du sphincter, ainsi

dénudé sur sa face interne, et l'application de valves de chaque côté permirent de gagner par décollement et à coup de ciseau la face externe du rectum qu'on sépara successivement à gauche et à droite des insertions du releveur, puis du raphé antérieur. On put abaisser facilement de la sorte 12 à 14 centimètres de rectum, après avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal. En d'autres termes, nous avons pratiqué une extirpation périnéale du rectum, avec cette seule différence qu'au lieu de passer en dehors du sphincter, nous avons longé la face interne de ce dernier qui a pu être ainsi conservé sans section d'aucune sorte.

Le péritoine suturé, et les releveurs suturés d'un côté à l'autre du plancher, en un mot la réfection ayant été accomplie le mieux possible, le rectum fut réséqué au-dessus de la zone malade, c'est-à-dire à 12 centimètres de l'anus et la muqueuse suturée à la peau. On tamponna le vagin pendant quelques heures.

Six semaines exactement après l'opération, la réunion était entièrement obtenue et il ne restait plus trace d'écoulement rectal; l'examen journalier des compresses nous en donnait l'assurance. Le toucher rectal indolent faisait constater l'intégrité et la souplesse du revêtement muqueux. Si on ordonnait à la malade de serrer, le doigt rectal sentait une légère constriction.

Néanmoins nous attendîmes encore cinq semaines avant de procéder à la fermeture de l'anus iliaque, afin d'être assurés contre tout retour d'une poussée inflammatoire.

L'anus iliaque fut oblitéré le 10 juin dernier par le procédé très simple que j'emploie toujours, et que j'ai exposé dans la thèse de Nicolas (1900) : incision à l'union de la plaie et de la muqueuse; décollement de la face externe et libération de l'intestin ; rapprochement des orifices de chaque bout par des sutures parallèles au grand axe de l'intestin. Ces sutures sous-muqueuses ne pénètrent pas, par conséquent, dans la cavité intestinale.

Deuxième surjet au catgut par-dessus le premier plan et toujours dans le même sens (la ligne de suture est, par suite, perpendiculaire à l'axe de l'intestin).

Tous ces temps opératoires ont été accomplis en dehors du ventre, le péritoine restant clos ; si, au temps de libération, une boutonnière péritonéale a été faite, il a été facile de la fermer par quelques points de suture. L'opération reste donc extra-péritonéale.

L'intestin suturé, on le rentre sous les plans fibro-musculaires de la paroi abdominale qu'on suture après avivement. Par excès de précaution, je laisse un petit drain minuscule au contact des sutures intestinales pendant cinq à six jours au cas où des gaz forceraient la suture.

Dans les cinq sixièmes des cas, le drain n'a servi à rien. La constipation fut maintenue pendant dix jours, puis un léger laxatif fut administré.

C'est ainsi que les choses se passèrent chez ma malade. Dix jours après l'opération d'occlusion, on provoquait la première selle, et, depuis, la fonction est absolument normale. *La continence est parfaite, la malade retient les gaz et même l'eau des lavements.* L'état général est excellent, l'augmentation de poids est de dix livres depuis l'entrée dans le service.

Quant au rectum, nous ne savons naturellement pas ce qu'il en adviendra dans l'avenir ; néanmoins, l'état de la muqueuse dans le point où nous avons fait porter la section nous permet d'espérer le maintien de la guérison.

Résumé de l'opération.

Mme B. C..., âgée de vingt-quatre ans, nous est adressée par M. Thibierge pour un rétrécissement syphilitique du rectum. Elle a été opérée à seize ans d'un kyste du ligament large. Les premiers signes du rétrécissement remontent à 1899; la malade vit sa constipation habituelle augmenter notablement à cette époque, et elle dut recourir à l'usage fréquent des laxatifs.

En 1900, des écoulements apparurent parfois mêlés de sang.

Au mois de janvier 1903, éruptions cutanées qui entraînent une médication spécifique : huile grise et iodure de potassium. Au mois de juin suivant (1903), la malade consulte, à Tenon, M. Poirier, qui constate le rétrécissement rectal. Entrée le 13 janvier 1904, au pavillon Pasteur, on constate un rétrécissement cylindrique ou mieux cylindro-conique du rectum qui commence un peu au-dessus de l'anus et atteint à 7 centimètres un degré tel que le bout de l'index ne peut s'y engager. La muqueuse est cartonnée, saignante, la suppuration est excessivement abondante. La défécation n'est obtenue que par des purgatifs. L'amaigrissement est notable. Perte de l'appétit, pâleur, aspect cachectique, souffrances vives.

Anus iliaque le 19 janvier. Quinze jours après, augmentation de poids de 5 livres. Lavages quotidiens au permanganate de potasse, drainage du rectum, dilatation douce avec le doigt, chaque jour pansements à l'ichthyol.

Dès que la suppuration fut aussi réduite que possible, on procède à l'extirpation du rectum.

22 mars 1904. Résection de plus de 12 centimètres.

24 mars. Quelques fils ont coupé. Application de teinture d'iode.

26 et 27 mars. Légère suppuration là où les fils ont coupé.

29 mars. On s'aperçoit que la suppuration vient surtout du vagin où sur la paroi postérieure il existe une ulcération large comme une pièce de 1 franc. Lavages vaginaux avec l'eau oxygénée quatre fois par jour.

Le 1er avril. Écoulement rectal insignifiant.
Le 5 avril. La suppuration vaginale a disparu.
Du 6 avril au 10 mai. Les compresses sont presque sèches, à peine un léger suintement.
A partir du 10 mai. Compresses absolument sèches.
Fermeture de l'anus iliaque le 14 juin.
Selles quotidiennes à partir du 24; réunion par première intention de la plaie iliaque.
Continence parfaite; l'anus est souple dans les trois quarts antérieurs; au niveau du quart postérieur petite bride linéaire longue de 2 centimètres là où les points de suture ont manqué.

Ainsi que je l'ai dit au début de cette communication, les cas où on peut avec avantage appliquer aux rétrécissements dits syphilitiques du rectum la méthode de l'extirpation, sont exceptionnels. Il faut, en effet, que le rétrécissement soit limité en haut, et que l'on puisse espérer faire porter sa section sur une muqueuse à peu près saine. Pour appliquer le procédé que j'ai employé, il faut, entre outre, que l'infiltration limitée à la muqueuse n'ait pas envahi le sphincter.

Le procédé que j'ai utilisé n'est, je dois le dire, qu'une modification de celui qui, très sommairement, a été indiqué dans la thèse de Gauran (Lyon, 1892), et qui appartient à mon ami et collègue Segond, qui l'utilisa pour la première fois en 1882. Segond l'a depuis mis plusieurs fois en pratique, et sa technique est exposée dans la thèse Lapointe. Segond, dans son observation, n'avait probablement pas affaire à un rétrécissement syphilitique.

Il est dit, en effet, dans les quelques lignes qui résument l'observation, qu'il s'agissait d'un rétrécissement annulaire, à 2 centimètres au-dessus de l'anus, chez un homme de trente-huit ans.

Après avoir dilaté l'anus, Segond décolla le segment du sphincter, le dégaina, suivant son expression, et le fendit sur toute sa hauteur, puis le réséqua; son malade n'a pas été revu.

Sa conduite a été imitée par Poncet et Jaboulay pour des rétrécissements plus élevés, mais les opérations furent suivies d'une longue période de suppuration.

Un malade de Poncet, opéré le 16 septembre 1891, n'était pas encore cicatrisé le 30 juillet 1892, c'est-à-dire dix mois après. Aussi la continence était-elle imparfaite, et n'existait pas pour les matières liquides.

Il en fut de même pour la deuxième observation. Je pense donc qu'il est bon de combiner l'idée de Segond avec la technique que j'ai donnée pour l'extirpation périnéale.

J'estime, en particulier, que l'anus iliaque préliminaire est un

temps d'importance aussi grande pour l'extirpation des rétrécissements rectaux que pour l'extirpation du rectum cancéreux. La fermeture de cet anus est une opération facile et sans aucune gravité.

Guérison d'une fistule urétérale élevée par l'abouchement dans le rectum,

par M. CHAPUT.

Le traitement des plaies opératoires de l'uretère est assez délicat pour retenir l'attention des chirurgiens.

Récemment j'ai eu l'occasion d'enlever une grosse tumeur sarcomateuse de l'abdomen adhérente à l'uretère droit qui fut réséqué au cours de l'opération; il en résulta une fistule urétérale que j'arrivai à guérir par l'abouchement dans le rectum.

Voici l'histoire de ce malade :

Énorme sarcome de l'hypogastre et du bassin. — Ablation. — Résection élevée de l'uretère. — Drainage sacré. — Fistule urétérale sacrée. — Dérivation de la fistule urétérale dans le rectum.

M. B..., âgé de cinquante ans, assez robuste, a perdu son père, de congestion pulmonaire, à soixante-douze ans; il était atteint à cette époque d'une tumeur abdominale. A dix-huit ans le malade a contracté la syphilis, pour laquelle il s'est soigné sérieusement.

Depuis octobre 1902, il souffre d'un œdème des membres inférieurs qui a envahi successivement la jambe droite puis la gauche; cet œdème intermittent, variable, ne le gênait guère au début.

Au bout de six mois il vit apparaître au niveau de l'abdomen une petite tumeur du volume d'une noix, située un peu à droite de la ligne médiane et à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Elle augmenta progressivement jusqu'à ce jour.

Cette tumeur ne provoque aucune douleur ni trouble fonctionnel, elle est seulement un peu gênante.

Actuellement. — La région hypogastrique est occupée par une tumeur très saillante, qui remonte à 10 centimètres environ au-dessus du pubis. Elle est médiane, lisse, plus large que haute; elle se déplace avec les mouvements du diaphragme; elle n'est pas mobile à la palpation. Pas de circulation colatérale.

A la *palpation* la tumeur est tendue, fluctuante, indolore.

Elle est mate à la percussion.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur.

La onction exploratrice est négative.

Le 15 *avril* 1904, au moyen de l'anesthésie lombaire et locale combinée à la stovaïne, en présence de M. le professeur Cornil et de mon collègue Michon, je fais une incision médiane jusqu'au-dessus de l'ombilic. La tumeur a refoulé fortement en haut le péritoine pelvien; elle est très adhérente de partout; une incision exploratrice montre qu'elle est formée de tissu très mou de consistance myxomateuse. Je décide d'abord de refermer le ventre, mais le rapprochement des bords de l'incision de la paroi n'est plus possible. J'anesthésie le malade au chloroforme parce que l'opération menace d'être difficile, et je fais une excision en tranche de melon de la coque de la tumeur, qui est bien encapsulée, puis j'évide la tumeur avec mes deux mains en guise de cuiller.

J'essaie ensuite d'enlever la coque elle-même qui adhère fortement au périoste du pubis droit et dans le bassin. J'arrive à l'enlever complètement en faisant quatre à cinq ligatures métalliques de nickel pour l'hémostase. Après l'ablation de la tumeur je constate que l'uretère droit a été sectionné au-dessus de la crête iliaque et réséqué plus bas sur une étendue de plusieurs centimètres; je fais la ligature aseptique du bout supérieur. La vessie était placée en avant et à gauche de la tumeur.

Je ramène ensuite le cul-de-sac péritonéal, très remonté par la tumeur, jusque vers le pubis et je le suture à la paroi abdominale; je tamponne le Douglas avec des mèches et je suture hermétiquement l'abdomen.

Je fais ensuite le drainage de la cavité pelvienne par une incision sacrée située à droite par laquelle j'introduis deux gros drains. Au bout de trois jours un écoulement continu d'urine s'établit par la plaie sacrée. Le 22 *avril* la miction par la verge qui avait persisté jusque-là s'arrête; on trouve d'abord dans la vessie une urine très chargée de pus et quelques jours après plus d'urine du tout.

Le 25 *avril* je perfore la paroi latérale droite du rectum, et je vais rejoindre la plaie du drainage sacré; je place dans l'incision une sonde de Pezzer sortant par l'anus.

Le 4 *mai* la plaie rectale ayant tendance à se rétrécir, j'agrandis l'orifice au bistouri et j'y place un gros drain qui reste en place dix-huit jours.

Le 22 *mai* l'urine cesse de s'écouler par la plaie sacrée; on constate en outre que le malade urine à nouveau régulièrement par la vessie. Je supprime le drain rectal.

Le malade sort entièrement guéri à la fin de mai; il s'écoule par le rectum de l'urine provenant de l'uretère droit qui rend les selles diarrhéiques; celles-ci ne se font qu'une fois par jour environ.

La tumeur, examinée par M. Cornil, était un sarcome très malin à petites cellules.

L'histoire de ce malade me paraît prêter à quelques considérations spéciales.

Je n'insisterai pas sur le point de départ de la tumeur, qui paraît difficile à établir d'une façon précise; je dirai seulement

qu'elle ne paraît pas s'être développée aux dépens des aponévroses de l'abdomen. Je sais seulement qu'elle adhérait par ces tractus fibreux, épais et denses, à la branche horizontale du pubis. Il est possible qu'elle ait pris naissance dans les couches externes du périoste du pubis.

Vous avez pu remarquer dans l'observation que l'urine vésicale après être devenue très purulente et très rare s'était complètement supprimée pendant un mois, puis avait reparu un peu trouble d'abord puis claire. On peut, je crois, expliquer ces phénomènes de la façon suivante :

Au moment de l'opération j'ai détruit des adhérences intimes existant entre la tumeur et les organes voisins, en particulier la vessie; il est vraisemblable que la surface extérieure de la vessie a été en un endroit entamée, érodée, de telle sorte qu'au bout de quelques jours elle s'est perforée. Cette perforation a eu un double effet : introduction du pus du foyer pelvien dans la vessie et écoulement d'urine vésicale dans le bassin et de là dans la fistule sacrée. Lorsque la perforation est devenue un peu large, toute l'urine vésicale a passé par la plaie sacrée.

Ultérieurement la rétention cicatricielle a effacé le foyer pelvien et fermé la perforation vésicale; c'est alors que l'urine est revenue par la verge.

J'arrive à la question la plus intéressante, à la blessure de l'uretère.

Les sections récentes de l'uretère peuvent être traitées par les méthodes suivantes :

— Suture des deux bouts;
— Abouchement dans la vessie;
— Abouchement dans l'intestin;
— Abouchement à la peau;
— Néphrectomie;
— Ligature atrophiante de l'uretère.

Chez mon malade je ne pouvais recourir à la *suture des deux bouts*, trop éloignés l'un de l'autre; l'*abouchement dans la vessie* était impossible à cause de la situation trop élevée du bout supérieur; l'*abouchement dans l'intestin* était trop long à exécuter après une opération déjà longue et pénible, il était aussi très difficile à faire par l'incision médiane dont je disposais.

L'abouchement à la peau ne pouvait se faire avec mon incision médiane et je ne voulais sacrifier le rein qu'à la dernière extrémité.

Je pris le parti de lier l'uretère en pensant que si la ligature tenait j'obtiendrais l'atrophie rénale à moins de frais qu'avec la néphrectomie, et que si elle cédait, j'aurais du moins protégé ma

plaie du contact de l'urine pendant quelques heures ou quelques jours.

En prévision de l'insuffisance de la ligature, j'établis donc un drainage sacré qui me fut des plus utiles ainsi qu'on l'a pu voir ultérieurement.

Ainsi que je l'avais prévu, la ligature fut insuffisante.

Je m'étais servi de catgut, et on peut se demander si une ligature à la soie n'eut pas mieux rempli son rôle. Je ne serais pas disposé à me servir de soie dans une autre circonstance, parce que cette substance favorise l'infection et qu'au cas de fistule elle deviendrait l'origine d'un calcul urinaire.

Quoi qu'il en soit, je me trouvais donc à ce moment en présence d'une fistule urétéro-cutanée, à long trajet, étendue de la crête iliaque à la région sacrée.

Au point de vue de la cure de cette fistule je pouvais songer aux opérations déjà passées en revue, mais je n'avais plus à discuter la suture des deux bouts, ni la ligature atrophiante, ni l'abouchement à la peau. L'abouchement vésical s'était fait spontanément sans autre résultat que d'augmenter le débit de la fistule sacrée.

Avant de faire la néphrectomie je voulus tenter l'abouchement dans l'intestin. L'abouchement dans le côlon ascendant était très périlleux car l'uretère était très difficile à retrouver dans les tissus cicatriciels.

J'eus alors l'idée de faire communiquer le trajet pelvien de la fistule avec le rectum.

J'incisai la paroi latérale droite de cet organe, j'allai rejoindre le foyer pelvien, et je plaçai un gros drain à demeure dans l'orifice pour le canaliser. La difficulté était de maintenir le tube et de dériver les urines par le rectum. Pour maintenir le tube, je le fixai avec un crin dont les deux chefs passaient à travers la peau de la fesse; le tube, très long, traversait l'anus et débouchait dans un bocal.

La dérivation des urines se fit d'abord incomplètement par le tube anal puis elle se supprima de ce côté, les urines continuèrent donc de passer par la plaie sacrée par laquelle passaient aussi les matières fécales.

Je raccourcis donc mon tube de dérivation qui ne dérivait rien ou peu de chose et j'attendis quelque temps. Quand j'eus constaté que l'orifice rectal était bien canalisé, je supprimai le tube et laissai la cicatrisation s'effectuer naturellement. Bientôt la plaie sacrée se rétrécit puis s'oblitéra, en même temps que le malade retrouvait ses mictions par la verge et que la dérivation s'établissait par le rectum. Que se passerait-il dans le cas où l'orifice

rectal s'oblitérerait? Nous pourrions voir reparaître la fistule sacrée, ou une rétention rénale septique ou aseptique ou enfin voir survenir l'atrophie rénale des ligatures aseptiques.

Je profiterai de cette communication pour revenir sur une malade analogue à qui je fis en 1893 un abouchement de l'uretère dans le côlon descendant, pour une fistule de l'uretère consécutive à une ablation du col utérin. On m'objecta alors que cette opération ne pouvait être admise à cause des dangers d'infection du rein.

La malade de 1893 pas plus que celui de 1904 n'a jamais présenté de signes d'infection de rein, et la première malade a maintenant encore chaque jour deux selles liquides contenant de l'urine, sans aucun signe d'infection rénale.

Son opération datant de onze ans, on peut considérer comme démontré que les opérations d'implantation de l'uretère dans l'intestin ne se compliquent d'infection rénale que lorsque l'orifice urétéral est trop étroit, et provoque une stase rénale. Lorsque cet orifice présente un diamètre suffisant, le courant descendant de l'urine suffit à empêcher l'infection.

Les nombreuses opérations de Maydl faites depuis quelques années ont montré également que l'infection rénale n'était pas dangereuse du fait de l'abouchement urétéral dans l'intestin. Mon malade de cette année n'est pas à l'abri de la stase rénale parce que l'abouchement dans le rectum n'est pas direct, mais se fait par l'intermédiaire d'un trajet sans paroi, exposé aux conséquences de la rétraction cicatricielle. Cette éventualité pourrait donc se produire chez lui sans que cela prouvât contre la valeur de l'abouchement de l'uretère dans l'intestin.

Rapports.

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des corps étrangers dans le larynx, par M. SUAREZ DE MENDOZA.

Rapport par M. PIERRE SEBILEAU

M. Suarez de Mendoza vous a fait l'an passé, sous ce titre, une communication et une présentation. L'une et l'autre avaient trait à une jeune femme chez laquelle notre confrère enleva, par les voies naturelles, une petite tumeur polypoïde, une sorte de bourgeon charnu hypertrophique qui occupait le tiers antérieur de la

fente glottique et qui, implantée dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde, au-dessous de l'insertion antérieure des cordes vocales, s'insinuait entre ces deux dernières, en empêchait l'affrontement vocal et, par ce fait, déterminait une disphonie assez marquée.

Ce granulome s'était développé, dans la cavité laryngée, au niveau d'une plaie de thyrotomie pratiquée en vue d'extraire un corps étranger des voies aériennes.

Voici, en effet, ce qui était arrivé :

Un matin, tandis qu'elle s'habillait, une jeune femme avala une épingle qu'elle tenait à la bouche. Elle fut prise de peur et, séance tenante, se rendit à l'hôpital où elle fut admise. Elle crachait, avait la sensation d'un corps étranger implanté dans « le gosier » et présentait une gêne respiratoire légère. On pratiqua la radiographie et, sur la plaque, on vit une « épingle fichée verticalement en regard de la 5e vertèbre cervicale, à un bon pouce de largeur de la colonne vertébrale ». Il sembla au chef de clinique que le corps étranger était implanté « dans la paroi postérieure du larynx, au niveau du cricoïde, » et cette interprétation le décida à pratiquer la laryngofissure. L'opérateur ouvrit donc la cavité largement, par une thyrotomie médiane suivie de laryngotomie intercrico-thyroïdienne; mais, ayant soigneusement exploré cette cavité, il ne trouva rien, sutura le cartilage et la membrane, et, par-dessus, le plan musculaire et la peau.

De ce jour, il ne fut plus question de l'épingle ; il est vraisemblable que, située tout d'abord dans l'œsophage, elle fut, par la suite, entraînée par le bol alimentaire.

Les suites opératoires, nonobstant, furent bonnes; la patiente sortit de l'hôpital au bout de quinze jours, avec une cicatrice parfaite de réunion primitive, mais avec une voix sourde, enrouée et fausse.

C'est précisément cette dysphonie, due au développement d'un bourgeon charnu sur la lèvre postérieure de la section thyroïdienne, qui motiva la petite intervention de M. Suarez de Mendoza.

Celui-ci, après vous avoir rapporté ce cas intéressant de corps étranger de l'œsophage, vous a résumé, sans y rien ajouter de personnel, les indications opératoires qui, d'après les classiques, découlent de la symptomatologie variable des corps étrangers des voies aériennes. Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que ceux-ci commandent d'une manière pressante la création d'une bouche aérienne quand il y a des accès de suffocation répétés et que l'asphyxie est menaçante, mais qu'au contraire, sous le bénéfice d'une expectation armée, ils comportent dans tous les autres cas, de la part du chirurgien, un examen complet, appro-

fondi et répété, comprenant la mise en œuvre de tous nos moyens d'investigation : ainsi se précisent, par un diagnostic bien étudié, l'indication de l'opération et le choix du procédé.

On peut dire, par exemple, pour le cas particulier, que la patiente, qui n'avait pas de troubles respiratoires sérieux et pour laquelle aucun danger imminent ne forçait la main, aurait bénéficié d'un moindre empressement opératoire. Mais ces considérations « après la lettre », édifiées sur des événements ultérieurs que le critique peut apprécier, après coup, mais que le chirurgien ne peut pas toujours prévoir, sont toujours beaucoup plus faciles à faire que n'est à prendre une décision quand on se trouve en présence du malade.

Peut-être cette nuance a-t-elle un peu échappé au présentateur, qui nous a envoyé, au total, la relation d'un cas intéressant où la spécialité fut heureuse.

Je vous propose de lui adresser nos remerciements et de déposer sa communication dans nos archives.

Imperforation de l'œsophage chez un enfant nouveau-né. Gastrostomie le troisième jour après la naissance, mort à la fin du septième jour, par M. Villemin, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

Dans notre séance du 1er juin dernier, notre collègue Villemin lisait une intéressante observation, prise en commun avec M. Levasseur, observation intitulée : « Imperforation de l'œsophage chez un enfant nouveau-né. Gastrostomie le troisième jour après la naissance, mort à la fin du septième jour. »

Le principal intérêt de cette observation réside dans ce fait, que notre collègue a pratiqué la gastrostomie pour parer aux signes d'inanition que présentait son petit sujet.

Cette opération, à ma connaissance, n'a été faite que trois fois, dans des circonstances analogues, et vous verrez, dans un moment, avec quels résultats.

C'est donc de la gastrostomie pour imperforation de l'œsophage que je vous entretiendrai surtout.

Voici la courte observation de Villemin :

« En avril 1904, je fus appelé auprès d'un enfant (un garçon), âgé de trois jours; il avait été vu, la veille, par notre collègue le Dr Variot, dont je ne saurais trop louer le sens clinique, car le

diagnostic d'imperforation œsophagienne avait été posé, par lui, dès le premier examen.

« L'enfant rendait par régurgitation tout le lait qu'il prenait avidement, la sonde s'arrêtait à 12 centimètres du bord gingival supérieur. Je n'ai pas l'intention de rééditer la symptomatologie bien connue de ce vice de conformation; mais, j'insiste sur les accès de suffocation, de cyanose, signalés dans bon nombre d'observations, et qui se reproduisaient chez notre sujet, à chaque tétée, avec une intensité qui les rendait inquiétants.

« Je pratiquai, séance tenante et sans anesthésie, la gastrostomie par le procédé le plus simple. Incision sous-costale et fixation à la peau de l'abdomen de la mince paroi de l'estomac que je dus chercher, pendant vingt à trente secondes, un peu gêné par le volume du foie. Toute petite incision stomacale, par laquelle j'introduisis une sonde de Nélaton du n° 10.

« L'opération fut parfaitement supportée, et, à sa suite, on put constater un double phénomène : d'abord, une émission continue de gaz par l'ouverture stomacale; ensuite, après chaque tentative d'alimentation, une expulsion, par la bouche, de lait spumeux mélangé d'air, sans accès de suffocation, d'ailleurs. Aussi, le lait injecté dans l'estomac n'y faisait-il qu'un séjour insuffisant, passant en petite quantité par les voies aériennes, expulsé, en grande partie, à travers la bouche stomacale, par l'air que l'enfant faisait pénétrer dans l'estomac, en fermant la glotte, à chaque expiration.

« Bref, l'enfant mourut sept jours pleins après sa naissance, cinq jours presque révolus après l'opération.

« Voici ce que l'autopsie révéla :

« Un bout œsophagien supérieur de 4 centimètres de longueur, terminé en ampoule, et un bout inférieur de petit calibre, s'abouchant dans la trachée, à un centimètre et demi, environ, au-dessus de la bifurcation de la trachée. »

— Cette question des imperforations de l'œsophage est aujourd'hui bien étudiée, sauf au point de vue embryologique, plein d'obscurités. Je rappellerai, sans avoir la prétention de faire, ici, œuvre de bibliographe, qu'on trouvera des documents nombreux, sur ce sujet intéressant, dans le mémoire de Tarnier (Académie de médecine, 1866), dans l'ouvrage de Morel Mackensie (*Diseases of the throat and nose*, 1882), la thèse d'agrégation de Reynier, 1883, surtout le mémoire de Brosset, paru en 1889, dans le *Lyon médical*, et la bonne thèse de Legrand (Des imperforations de l'œsophage, Paris, 18 mars 1897), et enfin, dans un récent article du *Bulletin médical* (25 mai 1904) dû à MM. Renault, médecin des hôpitaux, et J. Sébilleau, interne des hôpitaux.

La variété d'imperforation de l'œsophage, en face de laquelle notre collègue s'est trouvé, est de beaucoup la plus fréquente, puisque, dans 50 cas, bien observés, elle existait 44 fois.

Je rappellerai simplement que, dans ce genre d'imperforation, le bout supérieur a, en général, une longueur de 3 à 5 centimètres, qu'il se termine à 10 ou 12 centimètres du bord gingival supérieur, par un cul-de-sac parfois dilaté en ampoule, distant du bout inférieur d'un centimètre.

Que le bout supérieur est presque toujours relié au bout inférieur par un tractus intermédiaire (il n'existait pas dans le cas de Villemin).

Que le bout inférieur, d'un calibre moindre que le bout supérieur, s'abouche presque constamment dans la trachée, 44 fois sur 50 cas où on a noté sa présence, très rarement dans les bronches (2 fois sur 50 cas, et dans la bronche droite).

Sur les 44 faits d'abouchement dans la trachée, cet abouchement s'est fait 14 fois au niveau de sa bifurcation, 30 fois audessus de cette bifurcation et à une distance d'un centimètre et demi à deux centimètres.

Enfin, fait important, les deux bouts ne sont pas dans le prolongement l'un de l'autre, et, si une sonde introduite dans le bout supérieur perforait le cul-de-sac qui le termine, elle passerait à plusieurs millimètres en arrière de la paroi postérieure du bout inférieur.

La pièce que voici, et que Villemin nous a présentée, à l'appui de son observation, montre bien cette disposition.

Je n'insisterai pas sur les signes de l'imperforation de l'œsophage : avidité avec laquelle le nourrisson se jette sur le sein, régurgitation rapide du lait ingéré, absence de selles, une fois le méconium rendu, mais, je veux dire un mot des accès de suffocation qui n'existent pas toujours, mais qui sont fréquents et qui se produisent, le plus souvent, après les tétées, parfois en dehors d'elles.

Si on se rappelle que le bout supérieur de l'œsophage ne communique pas avec les voies aériennes, on ne voit guère qu'une explication plausible pour l'accès de suffocation, c'est l'entrée dans le larynx, d'une goutte du lait régurgité.

Mais, il y a parfois de véritables vomissements qui se montrent après les tétées, accompagnant la régurgitation du lait ; ils peuvent aussi se produire, je l'ai dit, en dehors d'elles. Ces vomissements, qui s'accompagnent, ou non, d'accès de suffocation, sont constitués par des matières muqueuses et glaireuses, qui, pour Tarnier, proviennent de l'estomac, et sont expulsées, au dehors, par la trachée. C'est, quand ils existent, le seul signe qui permet

d'affirmer la communication du bout inférieur de l'œsophage avec les voies aériennes.

Mais, j'ai hâte d'en arriver au principal objet de mon rapport, c'est-à-dire à la gastrostomie dans l'imperforation de l'œsophage, à sa valeur thérapeutique.

Tarnier, dans son mémoire de 1866, écrivait :

« Quelle que hasardée que soit une pareille opération, je n'hésite pas, cependant, à dire, qu'elle seule est rationnelle, quand il s'agit d'une imperforation congénitale de l'œsophage. »

Il la rejette cependant, 1° en raison de la faiblesse de l'enfant, 2° à cause du volume du foie chez le nouveau-né.

Voyons ce que valent ces objections Les documents qui nous permettent d'y répondre ne sont pas nombreux, puisque, je l'ai dit, je ne connais que trois observations de gastrostomie pour imperforation congénitale de l'œsophage.

C'est Steel (*The Lancet*, 20 octobre 1888) qui, le premier, l'a pratiquée en 1888, sur un enfant âgé de vingt-quatre heures. Robineau l'a exécutée (obs. du Mémoire de Renault et J. Sebilleau), le 23 juillet 1903, chez un enfant de trois jours, et Villemin, en avril 1904, a opéré, lui aussi, le troisième jour.

Malgré l'état d'inanition dans lequel se trouvaient les petits sujets, ils ont bien supporté l'opération.

Robineau ne dit rien de la gêne, apportée à l'intervention, par le volume du foie.

Steel note, qu'arrivé au temps de la suture de l'estomac à la paroi abdominale, il rencontra des difficultés, du fait de la tendance à la hernie du foie.

Villemin (communication orale) est d'abord tombé sur le foie; il a saisi le côlon transverse croyant avoir affaire à l'estomac; il a dû chercher ce viscère petit, mince, pendant vingt à trente secondes, avant de pouvoir l'amener à la paroi abdominale.

Il semble bien que l'opération soit plus délicate que chez l'adulte, mais elle est, en somme, facilement exécutable.

Les craintes de Tarnier étaient donc injustifiées.

La gastrostomie est faite, que se passe-t-il?

L'observation de Steel ne nous renseigne pas à cet égard; elle nous montre les efforts du chirurgien pour se rendre compte de la perméabilité du bout inférieur de l'œsophage, de la distance qui le sépare du bout supérieur; elle ne dit rien des tentatives d'alimentation, faites par la bouche stomacale. D'ailleurs, le sujet a succombé, vingt-quatre heures après l'opération.

Le nouveau-né de Robineau est mort, trois jours seulement, après l'intervention ; on put essayer de l'alimenter pendant ces trois jours, par l'orifice gastrique, mais hélas! sans succès. « Quelle ne

fut pas notre surprise, disent Renault et Sebilleau, en constatant que les aliments ainsi introduits étaient rejetés, au bout de trois ou quatre minutes, par la bouche, sans efforts, sans accès de suffocation. Nous crûmes alors, que l'obstruction œsophagienne n'était pas complète, qu'il ne devait exister qu'un simple rétrécisssement. »

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un diaphragme séparant les deux bouts, qu'il y avait communication du bout inférieur avec la trachée par un orifice large de 2 millimètres, et que c'était, par les voies aériennes, que le lait était rejeté.

Le petit opéré de Villemin succombait sept jours pleins après sa naissance, cinq jours, presque révolus, après l'intervention; il rendait, je le rappelle, le lait injecté par l'estomac, en petite quantité par la bouche, et, pour la plus grande partie, par l'orifice gastrique, qui donnait en même temps passage à des gaz, à de l'air.

Donc, dans l'imperforation de l'œsophage, la gastrostomie qui paraît rationnelle, qui est exécutable, ne sert à rien, dans les cas tout au moins, où il y a communication du bout inférieur avec les voies aériennes, c'est-à-dire dans l'immense majorité des faits, puisque cette communication est, pour ainsi dire, la règle.

Que faire alors?

Certains auteurs ont conseillé d'essayer de traverser le point imperforé avec une sonde. Cela est irrationnel et dangereux, puisque l'anatomie pathologique nous montre, comme la pièce que voici d'ailleurs, que les deux bouts de l'œsophage, dans l'immense majorité des cas, ne sont pas dans le même axe, qu'ils sont séparés le plus souvent par un intervalle d'un centimètre où l'œsophage est absent, et qu'enfin ils ne sont pas du même calibre.

Je me garderai bien de parler, ici, de l'abord de l'œsophage par le médiastin postérieur; ce serait folie chez un nouveau-né, et, d'ailleurs, l'anatomie pathologique, encore, ne nous montre-t-elle pas que la réunion des deux bouts œsophagiens n'est pas possible, puisqu'ils sont éloignés l'un de l'autre et d'un calibre différent.

Villemin dit dans son observation : « Nous pensons qu'à l'avenir, il y aurait lieu de tenter une opération particulière, à laquelle nous avions songé devant l'insuccès de la gastrostomie, mais que l'état précaire de l'enfant ne nous permit point de mettre à exécution; nous voulons parler de la fermeture du cardia, accompagnée d'une gastrostomie ordinaire; ou bien une cardiostomie, c'est-à-dire l'abouchement à la peau du cardia, sectionné et fermé d'autre part, du côté œsophagien. Nous ne nous faisons guère

d'illusions sur la réussite d'un pareil plan opératoire, et nous n'oserions affirmer qu'il soit possible à réaliser. »

C'est aussi l'opinion de votre rapporteur.

J'ai négligé, à dessein, de rapporter jusqu'ici, une remarque de Villemin. « Désespéré, dit-il, de l'insuccès de l'alimentation par la bouche stomacale, en présence de l'amaigrissement progressif, de la diminution rapide des forces, que les lavements alimentaires étaient impuissants à enrayer, je pratiquai l'alimentation par l'intestin grêle, en portant directement, avec une sonde, le lait dans le duodénum. Un quart d'heure après ce mode d'alimentation, rien n'avait encore été rendu par la bouche stomacale, ni par les voies aériennes. Mais quand cette tentative fut faite, l'enfant était *in extremis*, et elle ne put être renouvelée. »

Ceci m'amène à dire qu'il y aurait peut-être lieu de pratiquer, dans les cas d'imperforation congénitale de l'œsophage, non une gastrostomie, mais une jéjunostomie. Il n'y aurait pas d'ailleurs à se faire d'illusions, sur les suites de cette opération, pour prolonger la vie du nouveau-né; mais, en présence d'un enfant qui meurt d'inanition, nous est-il permis de ne rien faire?

Je ne vois pas d'autre intervention possible.

Aussi, je crois pouvoir conclure que :

1° Lorsqu'on se trouve en présence d'une imperforation de l'œsophage chez un nouveau-né, on doit penser à sa forme la plus fréquente, c'est-à-dire à la malformation qui consiste en la terminaison en cul-de-sac du bout supérieur, avec communication du bout inférieur avec la trachée;

2° Que dans ces cas, la gastrostomie, assez facilement exécutable et bien supportée par le sujet, ne sert à rien, puisque le lait injecté dans l'estomac ne passe pas dans l'intestin et est rejeté au dehors, soit par la trachée, soit à la fois par la trachée et la bouche stomacale. — L'opération ne fait qu'ajouter les chances de l'asphyxie et des complications pulmonaires à celles de l'inanition;

3° Que si l'on voulait, quand même, essayer d'alimenter le nouveau-né, qui meurt d'inanition, c'est peut-être à la jéjunostomie qu'il faudrait s'adresser, sans se faire d'illusions sur l'efficacité de cette intervention.

M. Broca. — Lorsque M. Villemin a communiqué cette observation, il y a quelques jours, à la Société de Pédiatrie, j'ai dit qu'à mon sens cette malformation devait être abandonnée à elle-même la mort étant, pour ces sujets, la meilleure des solutions. Aussi ai-je constaté plutôt avec plaisir que toutes les opérations pratiquées jusqu'à présent ont été mortelles. Cela dit, je ne vois aucun incon-

vénient à étudier, avec M. Demoulin, des procédés qui, plus compliqués que la gastrostomie, ont sans doute une gravité immédiate encore plus grande.

M. DEMOULIN. — Je ferai remarquer que j'ai repoussé tous les procédés compliqués et montré que la jéjunostomie est seule rationnelle.

M. BROCA. — Je vois que mon désaccord avec M. Demoulin est plus grand que je ne le pensais, puisqu'il se rallie en principe à la jéjunostomie, comme seule rationnelle, capable de donner des succès. C'est précisément pour cela que je la repousse, car jamais, moi responsable, je ne mettrai en circulation dans le monde un enfant atteint, depuis sa naissance, d'une bouche duodénale.

Présentations de malades.

Epithélioma de la face. Traitement par les rayons X.

M. CH. MONOD. — Je tiens à vous présenter une malade déjà conduite par moi hier à l'Académie, afin de vous rendre juges, vous aussi, du résultat qui peut être obtenu dans certaines variétés de cancer par l'action des rayons X.

Il s'agit d'une malade âgée de cinquante-trois ans qui portait, depuis dix ans, à la région du front, une petite « verrue » à laquelle elle prêtait peu d'attention.

Il y a un an la dite verrue, qui avait peu à peu augmenté de volume, s'ulcéra, et la plaie qui en résulta acquit rapidement de grandes dimensions.

Lorsque la malade se présenta à moi, à Saint-Antoine, en mars dernier, elle portait dans la région temporo-frontale gauche une vaste ulcération irrégulière dépassant en dimensions celles d'une pièce de 5 francs, à contours durs et irréguliers, fournissant habituellement une sanie abondante, et étant souvent le siège de véritables hémorragies. Sa base indurée, formant un notable relief au-dessus de la peau, était intimement adhérente au squelette et au périoste.

L'ablation d'une pareille masse n'était certes pas impossible mais elle aurait nécessité une perte de substance étendue et difficilement réparable.

Je crus préférable, encouragé par ce que j'avais lu sur ce sujet,

de recourir d'abord à la radiothérapie et je priai mon ancien élève et ami le D[r] Du Bouchet de vouloir bien se charger de ce traitement.

Les séances ont été très courtes, répétées, et d'intensité moyenne. J'ai donné dans ma communication à l'Académie une note relative à ces détails d'application qu'il me semble inutile de reproduire ici.

Le résultat obtenu a été relativement rapide. D'abord, dès la première séance, les hémorragies cessèrent pour ne se reproduire jamais. Puis l'ulcération diminua peu à peu d'étendue — les photographies que je mets sous vos yeux permettent de suivre de mois en mois ces progrès. Actuellement il ne reste plus au centre de la région qui a été malade qu'une petite surface, rougeâtre, sans saillie, manifestement en voie de guérison; tout autour s'étend une cicatrice solide.

Le point intéressant, c'est qu'à cette amélioration dans l'aspect des parties correspond une modification dans la texture des tissus malades.

Mon collègue et ami M. le D[r] Macaigne, qui sur un fragment de la tumeur prélevé avant le traitement avait porté le diagnostic histologique d'*épithélioma pavimenteux en bourgeons arrondis anastomosés*, a refait cet examen il y a quelques jours sur un autre fragment, pris dans la partie centrale de l'ulcération, en un point où la cicatrisation n'était pas encore complète. Or, il n'a plus trouvé, en ce second fragment, « trace ni d'épithélium normal, ni de boyaux épithéliomateux; il se composait uniquement de tissu conjonctif en voie d'organisation fibreuse avec cellules vaso-formatives et vaisseaux capillaires de nouvelle formation ».

On est donc en droit de compter ici sur une guérison définitive.

M. Kirmisson. — La malade qui nous est présentée par M. Monod offre un grand intérêt et nous devons le remercier d'avoir bien voulu la soumettre à notre observation. De mon côté, j'ai actuellement deux enfants que je soumets pour des récidives de tumeurs malignes à l'action des rayons X; les résultats me paraissent très encourageants; je les soumettrai prochainement à l'examen de la Société de Chirurgie.

Elections.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à nne place de membre titulaire.

M. Chaput	obtient :	26	voix.
M. Lejars	—	25	—
M. Demoulin	—	27	—
M. Rochard	—	1	—
M. Hartmann	—	1	—
M. Beurnier	—	1	—

En conséquence, MM. Chaput, Lejars, Dumoulin sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 13 JUILLET 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. E. ESTOR (de Montpellier) offre à la Société de Chirurgie le volume qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Guide pratique de chirurgie infantile.*

— M. le PRÉSIDENT remercie M. ESTOR au nom de la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la résection de l'uretère.

M. GUINARD. — Dans notre dernière séance, M. Chaput nous a parlé d'un malade fort intéressant, qui,à la suite d'une intervention complexe pour une tumeur de l'abdomen, eut une fistule urétérale à la peau de la région sacrée. Les détails de l'observation sont des plus curieux, et l'idée de dériver le cours de l'urine en faisant une plaie latérale du rectum pour introduire un tube de caoutchouc dans le foyer pyo-urinaire n'est assurément pas

banale. Mais si ce fait montre l'ingéniosité et la dextérité de M. Chaput, il faut bien spécifier que ce n'est qu'un cas particulier qui ne saurait infirmer les principes généraux de la thérapeutique pour traiter les plaies de l'uretère. Pour ne parler que des résections d'un segment notable de l'uretère, pour lesquelles il est impossible de faire la suture bout à bout, ou l'implantation vésicale, on a, comme l'a dit M. Chaput, le choix entre la néphrectomie, la ligature de l'uretère, l'abouchement de l'uretère à la peau et l'abouchement de l'uretère dans l'intestin.

M. Chaput a opté dans son cas particulier pour la ligature de l'uretère. Je crois pour ma part que le seul traitement à conseiller, quand on ne peut réunir les deux bouts de l'uretère ni implanter l'extrémité rénale dans la vessie, c'est l'abouchement de l'uretère dans l'intestin. Cela n'est pas pour critiquer la conduite de M. Chaput qui, en fin de compte, a fort bien guéri son malade; mais il est impossible de faire une règle générale d'un cas particulier, et je me demande si l'implantation immédiate de l'uretère dans le côlon n'aurait pas été préférable à la ligature. M. Chaput nous dit que l'opération avait été fort laborieuse et que cette implantation l'aurait trop prolongée; de plus, ajoute-t-il, j'étais gêné par mon incision médiane pour aller latéralement sur le côlon ascendant. Il me semble en vérité que l'anastomose urétéro-colique se fait très aisément par une incision médiane sur la ligne blanche, et l'opération est très rapide. Je me suis trouvé, il y a quatre ans, aux prises avec les mêmes difficultés et j'ai présenté ici même, le 22 mai 1901, une malade de trente-cinq ans, à qui j'avais pratiqué une laparotomie pour un fibrome de 2 kil. 380 grammes, compliqué d'adhérences solides et nombreuses, et d'une tumeur végétante de l'ovaire droit; avant de refermer le ventre, j'eus l'idée, ma malade étant albuminurique, de vérifier l'état des reins. Je m'aperçus alors que le rein droit était tout petit et kystique avec un uretère du volume du pouce. Et en faisant le même examen à gauche, je trouvai un rein normal, mais je découvris que l'uretère correspondant était sectionné au-dessus du détroit supérieur. J'essayai en vain de rapprocher cet uretère coupé du bout vésical qui était très court, et toute anastomose du bout rénal avec la vessie où le bout vésical de l'uretère était matériellement impossible. Faire une ligature de cet uretère ou faire la néphrectomie, c'était tuer mon opérée, puisque l'autre rein m'apparaissait absolument malade. Je fis donc une boutonnière au côlon descendant et j'y insérai l'uretère gauche.

Je peux actuellement donner des détails sur les suites éloignées de cette opération. Je n'ai pour ainsi dire pas cessé d'être en relation avec cette malade depuis quatre ans, car elle a cinq sœurs

qui ont toutes comme elle des fibromes utérins; j'en ai déjà opéré quatre et ma dernière opération date de huit jours seulement. J'ai pu ainsi m'assurer qu'actuellement le rein droit ne fonctionne absolument plus, car *il ne sort pas une goutte d'urine par l'urètre*, et cependant la santé générale est florissante. Toute l'urine sort par l'anus, et il n'y a jamais plus de deux selles par jour. Il est à noter que le plus souvent la malade « urine » par l'anus une urine absolument claire, et ce n'est qu'une fois sur deux environ que l'urination s'accompagne de défécation. Au début, le rein droit donnait par l'urètre 700 à 800 grammes d'urine en vingt-quatre heures et cette urine était albumineuse. Un mois après l'opération, il y eut même quelques symptômes urémiques, céphalée, vertiges et œdème malléolaire. Puis la quantité d'urine émise par l'urètre diminua peu à peu et actuellement, je le répète, il ne s'écoule plus du tout d'urine par la vessie.

Des conclusions intéressantes découlent de cette observation. D'abord elle montre qu'avant de faire une néphrectomie ou une ligature de l'uretère, il est bon de vérifier l'état du rein opposé. Je connais un cas où une malade ayant succombé rapidement après une néphrectomie de ce genre, un de mes maîtres s'aperçut à l'autopsie que l'autre rein n'existait pas. D'ailleurs, dans les tumeurs abdominales avec des adhérences multiples, il peut arriver comme chez ma malade qu'il y ait de graves lésions rénales, du fait même de la compression.

En second lieu, ce fait confirme ce que nous a dit M. Chaput et ce que M. Michaux avait déjà noté ici; il ne se produit pas, comme je l'avais craint, d'infection ascendante après les abouchements urétéro-coliques. Le courant urinaire incessant s'oppose sans doute à l'infection ascendante. Quand l'autre rein fonctionne normalement, on peut se demander si l'orifice urétéro-colique ne se bouche pas, laissant toute la besogne au rein normal; mais ici, c'est mathématique : puisque le rein dont l'urine devrait sortir par la vessie et l'urètre ne donne absolument rien, il est clair que tout vient par la bouche colique.

On peut, en somme, en résumant ces conclusions, formuler les préceptes généraux suivants :

1° L'implantation de l'uretère dans l'intestin n'expose pas fatalement aux infections ascendantes.

2° L'implantation urétéro-colique est le traitement de choix des sections de l'uretère quand l'anastomose du bout rénal avec le bout vésical ou la vessie est matériellement impossible.

M. Chaput. — Je reconnais avec M. Guinard que l'abouchement de l'uretère dans l'intestin est la méthode idéale dans les plaies

élevées de l'uretère. Je ne l'ai pas fait chez mon malade parce que l'opération avait duré très longtemps et que j'avais très peu de jour par l'incision médiane. M. Guinard nous dit qu'il est facile d'opérer par la ligne médiane, je lui répondrai que c'est moins facile que par la voie latérale; en voici la preuve : chez ma malade de 1892, j'ai pratiqué l'incision latérale de préférence à l'incision médiane pour aboucher l'uretère dans l'S iliaque. Il est vrai que M. Guinard a fait facilement son abouchement par une incision médiane, mais c'était sur une femme. Or, l'abdomen de la femme est souple et bâille facilement, mais il n'en est pas de même chez l'homme dont les parois sont rigides; c'est surtout pour cette raison que je n'ai pas pu entreprendre l'abouchement intestinal chez mon malade.

Je me permettrai une petite critique à l'adresse de mon ami M. Guinard à propos de son conseil de suturer l'uretère avec du fil de soie ou de lin.

Il y a quelques années, mon ami M. Rochard fit dans mon service une hystérectomie abdominale pour fibrome, et constata au cours de l'opération une section transversale de l'uretère qu'il traita par la suture circulaire.

L'opération donna d'excellents résultats pendant plusieurs mois ; au bout de ce temps la malade vint me revoir avec des douleurs rénales intenses.

Je constatai au toucher vaginal la présence d'un cordon tendu, fluctuant, situé sur les côtés du col utérin, avec un point dur à sa partie inférieure.

J'étais très embarrassé pour un diagnostic exact, mais la notion de la suture de l'uretère et de l'emploi pour cette suture de fil de lin me permit de poser le diagnostic de distension de l'uretère par calcul développé autour des sutures. Je fis ensuite la taille de l'uretère et extirpai un calcul adhérant aux fils de suture.

Cette observation démontre qu'il faut éviter l'emploi des fils non résorbables dans la chirurgie de l'uretère.

L'observation de M. Guinard est encore très intéressante parce qu'elle prouve une fois de plus que l'infection ascendante n'est plus à craindre dans les abouchements intestinaux de l'uretère ; cette observation est d'autant plus démonstrative que la malade de notre collègue vit avec le seul rein dont l'uretère a été abouché.

L'abouchement de l'uretère dans l'intestin mérite donc de rester dans la pratique chirurgicale, en particulier pour remédier aux plaies ou aux fistules élevées de l'uretère.

M. Rochard. — Je veux simplement compléter les renseigne-

ments qui nous ont été donnés par M. Chaput sur la malade à laquelle j'ai pratiqué la suture bout à bout de l'uretère. Je me suis servi de soie et non de fil de lin pour faire cette suture; mais ce n'est pas sans inquiétude sur la possibilité de la formation d'un calcul, et si j'ai pris cette soie c'est parce que je n'avais pas de catgut assez fin à ma disposition.

M. Tuffier. — M. Guinard nous a dit qu'il avait pu explorer et voir l'uretère du côté opposé; je me demande si on ne pourrait pas dans un cas semblable aboucher l'uretère sectionné dans l'uretère du côté opposé. Expérimentalement, l'opération a été faite, et je l'ai moi-même répétée. Si la distance entre la section urétérale et l'uretère du côté opposé n'était pas très longue, c'est là un procédé auquel il faudrait peut-être penser.

M. Guinard. — Je ne crois pas que l'anastomose urétéro-urétérale dont parle M. Tuffier ait été jamais pratiquée chez l'homme. J'avoue que je n'y ai pas pensé, et je me demande à la réflexion s'il est bien pratique de tendre un uretère transversalement au devant de l'aorte, de la veine cave, etc.

Extirpation d'un rétrécissement du rectum par la voie vaginale.

M. Lejars. — A l'occasion de la communication de M. Quénu sur le *traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum*, je désire relater ici un cas de ce genre, où l'extirpation a été pratiquée par le vagin et suivie d'un résultat satisfaisant.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, qui avait commencé, en juin 1902, à souffrir au moment des garde-robes et à perdre du sang par l'anus. La constipation opiniâtre se combinait à des envies fréquentes et douloureuses d'aller à la selle; chaque défécation était accompagnée et suivie d'un abondant écoulement sanguin : un peu de sang et du liquide jaunâtre et fétide et très irritant s'échappaient de l'anus de façon presque continue; les matières fécales étaient aplaties et rubanées, en dehors des périodes de débâcle et de diarrhée.

L'état général était fort mauvais, lorsque la malade entra dans notre service à l'hôpital Tenon, en juin 1903 : l'appétit avait disparu, les vomissements étaient fréquents, il y avait de l'insomnie et, presque tous les soirs, de la fièvre; le facies pâle et terreux témoignait de cet état de souffrance et d'infection.

Au toucher rectal, on sentait, au-dessus du sphincter, une sorte de virole épaisse, dans laquelle le doigt ne pénétrait qu'avec peine et non sans provoquer les plus vives douleurs : cette virole était surtout développée au niveau de la paroi postérieure et gauche du rectum, elle se prolongeait en avant et latéralement par une série de brides irrégulières et mamelonnées ; le bout de l'index parvenait seul à franchir le rétrécissement.

Je voulus tenter d'abord une dilatation sous chloroforme, tout essai de dilatation progressive devant être, du fait de la sensibilité extrême, absolument illusoire. L'intervention eut lieu le 16 juin 1903. Sous l'anesthésie, on reconnut très nettement, à la région ampullaire inférieure, une bride circulaire, étroite, et tout autour et au-dessus des tractus et des épaississements irréguliers ; je pratiquai la dilatation peu à peu, avec des bougies rectales de diamètre croissant, et sans trop de peine, et je laissai à demeure un gros tube de caoutchouc entouré de gaze stérilisée.

Il n'y eut pas d'incident spécial à la suite de cette opération, mais le résultat en fut très passager, et lorsque je revis la malade, au commencement d'octobre, bien que la dilatation eût été poursuivie, par séances assez irrégulières, d'ailleurs, l'état local et les accidents fonctionnels étaient redevenus ce qu'ils étaient au mois de juin précédent.

Je pris donc le parti d'extirper la zone malade et rétrécie, tout en m'efforçant de garder intacte la région sphinctérienne restée indemne ; et j'adoptai la voie vaginale, un peu guidé, dans ce choix, par le souvenir d'une opération analogue (il s'agissait d'un cancer) que j'avais vu exécuter, à quelques semaines de là, par le professeur Rehn, de Francfort.

Je fis donc, sur la paroi vaginale postérieure, une incision verticale, complétée, à ses deux extrémités, par un trait transversal ; je rabattis ainsi, en deux lambeaux latéraux, la paroi vaginale, et, ceci fait, je me mis en devoir de disséquer et d'isoler l'ampoule rectale, d'avant en arrière et de bas en haut, en pinçant et liant successivement les vaisseaux qui se présentaient ; le cul-de-sac péritonéal étant ouvert, j'abaissai facilement le rectum et j'amenai dans le vagin, en anse, tout le segment inférieur, que le doigt, d'abord, puis une grosse lamelle sous-tendaient en arrière. Le segment à exciser fut lié en haut et en bas, cette seconde ligature correspondant à la limite supérieure de la zone sphinctérienne : il fut alors sectionné et enlevé ; puis, après avoir rebroussé par l'anus, décollé et réséqué la muqueuse anale, je fis passer le bout rectal supérieur dans le canal sphinctérien, et je le suturai à la peau. Les plans péri-rectaux furent reconstitués et rapprochés par des surjets de catgut, le cul-de-sac péritonéal fermé, et les deux

valves de la paroi vaginale rapprochées et suturées par leur bord. Un tube rectal fut laissé pendant les premiers jours.

La guérison s'est réalisée sans autre accident que la désunion de quelques points ano-rectaux, et, au bout d'un mois, la malade quittait l'hôpital. Depuis, les défécations sont régulières et indolentes, le ténesme et les hémorragies ont disparu. Le 16 avril dernier, elle se représentait avec une petite fistulette périnéale antérieure, par laquelle ne sortait, d'ailleurs, qu'un peu de liquide purulent; j'ai opéré cette petite fistulette en sectionnant la paroi supérieure du court trajet, en excisant et en avivant le pourtour, et en réunissant, pour finir, la fourchette. Tout a guéri de la sorte. Aujourd'hui, comme vous pouvez vous en assurer, la paroi ano-rectale est souple et régulière, et aucune trace de récidive (l'opération date de neuf mois) ne s'est montrée; j'ajoute que la malade a notablement engraissé, et que l'état général est redevenu très bon.

J'apporte ce fait comme un document, rien de plus; je n'ai pas eu recours à l'anus artificiel préliminaire, mais je n'en veux, bien entendu, rien inférer. Si j'ai utilisé la voie vaginale, c'est qu'elle me paraissait très propre à ménager le sphincter, dans le cas actuel, et, d'ailleurs, ce résultat a été obtenu et l'opération m'a donné tout ce que j'attendais d'elle.

Imperforation congénitale de l'œsophage avec abouchement dans la trachée et dans la bronche droite (gastrostomie). Mort par hémorragie.

M. E. Kirmisson. — Le rapport de M. Demoulin sur la communication de M. Villemin me fournit l'occasion de vous communiquer un fait d'imperforation congénitale de l'œsophage que j'ai eu moi-même l'occasion d'observer récemment. Le samedi 6 février de cette année, on apportait dans mon service un petit garçon né trois jours auparavant, le mercredi 3. L'enfant était vigoureux, très bien développé; mais, depuis sa naissance, il n'avait pu rien avaler. En outre, les tentatives de déglutition provoquaient chez lui des accès de suffocation. A ces deux signes, notre confrère, le Dr Violette (de Maule, Seine-et-Oise), avait fait le diagnostic d'imperforation congénitale de l'œsophage, et, se contentant de soutenir les forces de l'enfant par des injections sous-cutanées de sérum, il nous avait adressé le petit malade en vue d'une intervention.

Il nous fut facile de confirmer de tous points le diagnostic de

notre confrère. Aucun instrument ne pouvait pénétrer dans l'estomac; on était constamment arrêté au niveau de la bifurcation des bronches. De plus, l'enfant avait des accès de suffocation, il devenait violet, et rejetait en abondance des mucosités, ce qui nous permettait d'admettre chez lui la disposition classique, savoir la communication du bout inférieur de l'œsophage avec les voies respiratoires.

L'enfant, nous l'avons déjà dit, était fort bien développé; comme autre malformation, il présentait seulement une déviation du pouce droit fléchi d'une manière permanente vers la paume de la main. Je pratiquai chez lui la gastrostomie le samedi 6 février, à 2 heures; l'incision fut faite sur le bord antérieur du grand droit. Le péritoine ouvert, nous tombons immédiatement sur le côlon transverse que nous refoulons, et, au-dessus de lui, nous apercevons l'estomac. Celui-ci est attiré au dehors; on réduit les parties les plus voisines du pylore, de façon à placer l'orifice de la gastrostomie le plus près possible du cardia. L'estomac est maintenu fixe au dehors à l'aide d'une pince, et on commence à le suturer aux plans profonds. Mais ici se place un incident spécial, dû en grande partie aux conditions anatomiques réalisées par l'estomac en cas d'imperforation congénitale de l'œsophage. Non seulement en pareil cas l'estomac n'est pas rétracté profondément dans la cavité abdominale et difficile à atteindre, mais encore, grâce à la communication existante entre l'œsophage et les voies respiratoires, il est énormément distendu; pendant les cris et les efforts, l'enfant l'insuffle incessamment. C'est ce qui se produisait chez notre petit malade. Aussi, à un moment donné, grâce à cette distension, un point de suture traversa de part en part la paroi stomacale, et des gaz s'échappèrent par cet orifice. Pendant que je plaçais les points de suture à la partie inférieure de la plaie, sous l'influence des efforts de l'enfant, cette petite perforation devint le point de départ d'une large déchirure. Nous dûmes refouler le foie et nous rapprocher beaucoup de la petite courbure pour aller saisir les lèvres de cette déchirure et les suturer à la paroi; nous fîmes en outre un second plan de sutures, unissant la muqueuse stomacale à la peau. Introduisant alors une sonde de caoutchouc rouge n° 15 jusque dans le duodénum, nous pûmes injecter dans l'intestin une petite quantité de lait. L'enfant succomba le lendemain matin, par conséquent moins de vingt-quatre heures après l'intervention.

A l'autopsie, nous trouvâmes la cause de la mort dans une hémorragie abondante qui s'était faite dans l'épaisseur du petit épiploon et dans l'arrière-cavité des épiploons. Il est bien certain que, dans la suture que nous avons faite pour réunir à la paroi les

lèvres de la déchirure stomacale, qui s'était produite au cours de l'opération, nous avons dû blesser un vaisseau important qui est devenu la source de l'hémorragie.

Quant à la malformation de l'œsophage elle-même, vous pouvez facilement en juger, et par l'examen de la pièce que je mets sous vos yeux et par le dessin que je vous soumets. Vous voyez qu'ici, comme toujours dans les pièces semblables, le bout supérieur de l'œsophage se termine, au niveau de la bifurcation des bronches, en un cul-de-sac renflé, tandis que son bout inférieur se continue directement avec la trachée; il existe en outre un orifice de communication entre le bout inférieur de l'œsophage à la bronche droite.

Les faits de cet ordre pourraient donner lieu à un grand nombre de considérations. Tout d'abord on peut se demander pourquoi l'oblitération anormale et la communication avec les voies respiratoires se produisent toujours exactement au même point. On pourrait être tenté d'en chercher la cause dans un mode différent de développement des parties supérieure et inférieure de l'œsophage. Mais l'embryologie ne permet pas d'adopter cette vue *a priori*, tous les auteurs étant d'accord à admettre que l'œsophage dans toute son étendue a un développement ectodermique.

Pour ce qui est du traitement, la gastrostomie me paraît ici une opération parfaitement logique et rationnelle. Sans doute, on m'objectera que dans les cas où elle a été pratiquée jusqu'ici elle n'a pas réussi à empêcher la mort, le reflux des liquides ayant continué à se faire à travers l'œsophage et les voies respiratoires; mais ce reflux n'a rien de fatal, du moment où le pylore est resté perméable, et peut-être un jour réussira-t-on à sauver par l'opération un de ces malades. N'oublions pas qu'entre le moment où Sédillot créa la gastrostomie et celui où Verneuil réussit pour la première fois à sauver par ce procédé un malade atteint de rétrécissement infranchissable de l'œsophage, il s'est écoulé bien des années, il y a eu bien des tentatives inutiles!

M. Demoulin. — Je remercie M. le professeur Kirmisson d'avoir bien voulu prendre la parole, avec l'autorité que chacun de nous se plaît à lui reconnaître, pour approuver mon rapport.

Je répète ici, et je regrette l'absence de M. Broca, que l'opinion qu'a soutenue notre collègue, à savoir qu'il n'y avait pas à intervenir chez les enfants nouveau-nés, atteints de malformation de l'œsophage, ne me séduit pas; ces enfants-là sont rarement porteurs d'autres vices de conformation, ils sont le plus souvent bien constitués, vigoureux à leur naissance. M. Broca les laisse

mourir, je préfère essayer de les faire vivre, et, je vois avec la plus grande satisfaction, que mon maître, M. Kirmisson, m'approuve.

Messieurs, M. Villemin nous a déjà communiqué, à plusieurs reprises, des faits d'un haut intérêt.

Comme conclusions au rapport dont vous m'avez fait l'honneur de me charger, je vous propose de remercier M. Villemin et de l'inscrire, en bon rang, sur la liste des candidats à la place de membre titulaire actuellement vacante.

De la valeur thérapeutique du drainage du canal hépatique par la méthode de Kehr. Une observation nouvelle suivie de guérison,

par M. H. DELAGENIÈRE.

Dans des travaux antérieurs j'ai déjà eu l'occasion d'étudier le drainage des voies biliaires accessoires et principales dans le but de soustraire l'organisme à l'infection (1).

Plus tard, dans un autre travail paru dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (2), j'ai cherché à étudier la désinfection des voies biliaires principales en me servant dans tous les cas des voies biliaires accessoires que je conservais toujours comme un drain naturel. Depuis cette époque, j'ai poursuivi cette étude du drainage des voies biliaires principales et j'ai, dans quelques cas, pu me rendre compte de l'imperfection du drainage pratiqué par les voies biliaires accessoires, même lorsque le canal cystique dilaté par des calculs était devenu perméable.

En même temps je pouvais remarquer, dans des observations de cholédocotomie (3) pour calculs, qu'en même temps que la vésicule était habituellement atrophiée (loi de Courvoisier), le canal hépatique, au contraire, ainsi que toutes les voies biliaires au-dessus de l'obstacle, étaient dilatés. Cette constatation anatomo-pathologique est pour moi suffisante pour adopter la manière de faire de Kehr.

Dans ses premières interventions faites, la plupart, pour des calculs du cholédoque, Kehr, en drainant les voies biliaires principales au moyen d'un drain introduit par le cholédoque dans le

(1) H. Delagenière. Cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire, *Arch. prov. de chir.*, novembre 1895, p. 669.

(2) H. Delagenière. *Technique générale des opérations faites sur les voies biliaires, lithiase*, fév. 1899.

(3) *Arch. prov. de chir.*, août 1898, p. 495.

canal hépatique, donnait à ce drainage le nom de *drainage du cholédoque.*

Marcel Beaudoin (1), pour mieux faire comprendre la portée et le but poursuivi par Kehr, a proposé à ce drainage le nom de drainage *cholédoco-hépatique.* Il indiquait ainsi nettement que le but à atteindre était d'amener au dehors toute la bile accumulée dans le canal hépatique et les voies biliaires supérieures.

Dans un travail récent (2), Kehr reprit la question et apporta 90 cas de drainage des voies biliaires principales. Je ne connaissais pas ce travail lorsque je pratiquai mon premier drainage du canal hépatique le 10 octobre 1903, mais j'en ai depuis relaté des extraits dans un travail personnel (3) dans lequel j'ai apporté ma première observation de drainage et une autre observation de Czerny (4). C'est dans ce travail que je mets en relief la dilatation habituelle du canal hépatique toutes les fois qu'un obstacle calculeux siège soit dans le cholédoque, soit dans la terminaison de l'hépatique ; de telle sorte que je propose la formule suivante, comme conséquence de cette constatation : *chaque fois qu'il y a de la rétention biliaire d'origine calculeuse avec augmentation du volume du foie, le canal hépatique est dilaté*; comme dernière conséquence, on pourrait presque dire : *quand le canal hépatique est dilaté, le drainage est indiqué.*

Le 6 mai 1904, jour de l'opération de la malade dont j'apporte l'observation aujourd'hui, je présentai le calcul à la Société de médecine du Mans (5), et profitai de cette circonstance pour donner quelques détails sur le drainage du canal hépatique. Ce n'est que quelques jours plus tard, le 11 mai, que notre collègue, M. Lejars, apportait trois observations de drainage de l'hépatique à la Société de chirurgie. Je suis heureux de constater qu'il a adopté ma manière de voir sur la méthode du chirurgien allemand qui nous paraît devoir rendre des services nombreux en chirurgie biliaire. L'observation que je vous apporte aujourd'hui en est une démonstration nouvelle.

(1) Voir Pantaloni. *Chir. du foie et des voies biliaires*, p. 271.

(2) H. Kehr. Ein Ruckblich auf 720 Gallensteinlaparotomie under besonderer Berucksichtigung von 90 Hepatikendramagen. *Münch. med. Woch.*, 1903, nº 43, p. 1802.

(3) H. Delagenière. Contribution à la chirurgie du canal hépatique d'après 3 cas personnels et les travaux les plus récents, in *Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, mars-avril 1904, p. 325.

(4) Czerny, *in* Petersen, *Beitrage fur klin. Chir.*, Tübingen, 1899, p. 765, ob. 56.

(5) Voir *Arch. prov. d'Angers*, 20 mai 1904, p. 281 à 289.

Observation (1). — *Lithiase biliaire ancienne, angiocholite grave par suite d'obstruction du cholédoque. Cholédocotomie, ablation d'un énorme calcul de 35 grammes, drainage du canal hépatique. Guérison.*

Mme R..., habitant le Mans, âgée de cinquante-quatre ans, sans profession, m'est adressée pour des accidents graves de lithiase biliaire par mes confrères les Drs Le Bail et Langevin.

Cette malade a perdu sa mère de tuberculose et son frère d'un ulcère de l'estomac (?).

Réglée à douze ans, sa menstruation a toujours été régulière. A eu quatre enfants. Ses grossesses ont été pénibles, la malade ayant souffert de vomissements incoercibles. Il y a vingt et un ans, après la naissance de son avant-dernier enfant, elle est prise de crises hépatiques peu intenses qui se répètent plusieurs fois. Elle redevient enceinte et un mois après son accouchement elle est reprise de crises beaucoup plus violentes avec point épigastrique et point vésiculaire. Après cette crise elle fait de l'ictère.

Depuis cette époque elle a des crises très fréquentes, provoquées par une fatigue, une course en voiture, une fausse digestion.

Elle consulte plusieurs confrères à Paris, entre autres MM. Rendu, Potain, Gilbert, Lesage. Sur leurs conseils elle fait huit saisons à Vichy qui non seulement restèrent sans effet mais chaque fois provoquèrent des crises graves.

Depuis deux mois elle souffre beaucoup, mais depuis quinze jours elle fait de l'infection, elle a de la fièvre et ne peut supporter aucune alimentation.

Elle entre à la clinique le 1er mai 1904. Son état général est des plus graves. Elle est d'une maigreur extrême, très affaiblie, sa peau est vert olive, son ventre est ballonné, elle a de la diarrhée, ne peut supporter aucune alimentation, a la bouche remplie de muguet; de plus elle est morphinomane. La température oscille entre 38 et 39 degrés; le pouls est petit, misérable, variant entre 96 et 130.

Les urines rares, très colorées, présentent de l'albumine en petite quantité ; il existe de l'œdème autour des malléoles.

Localement le ventre est ballonné mais dépressible, on sent au palper une tumeur dure qui paraît accolée à la colonne vertébrale à droite.

Le foie est volumineux et sensible à la percussion directe. Le siège de la vésicule est douloureux à la pression ainsi que le creux épigastrique.

Pendant quelques jours nous cherchons à remonter un peu les forces de la malade en lui nettoyant la bouche, lui faisant deux grands lavages de l'intestin avec de l'eau bouillie et lui faisant prendre du lait écrémé stérilisé par cuillerée à café. Malgré tout, l'état reste grave et l'opération est décidée pour le 6.

Opération le 6 mai 1904. — Avec l'assistance des Drs Le Bail, Langevin, Meyer, Sinax, Albert, Pitot et Morisseau.

(1) No 5424 de la statistique générale et rédigée d'après des notes dues à l'obligeance du Dr Sinax.

Selon ma pratique habituelle je fais une incision d'environ 12 centimètres sur le bord du muscle droit en empiétant en haut sur les fausses côtes.

La vésicule apparaît moyennement distendue et libre d'adhérences. Je la ponctionne et en retire 60 à 80 grammes de bile fétide et louche; le foie est vert olive et hypertrophié. J'explore les voies biliaires, et, au-dessous du carrefour allant jusqu'au duodénum, je trouve une tumeur ovale du volume d'un œuf de poule, qui n'est autre qu'un énorme calcul développé dans le canal cholédoque dont il occupe toute la longueur. Au-dessus du carrefour le canal hépatique est dilaté et présente le volume du petit doigt.

Je me propose d'enlever le gros calcul par morcellement, d'établir un drainage du canal hépatique, puis d'enlever la vésicule.

Je pratique sur le calcul une incision de 2 centimètres environ. Il s'écoule environ une cuillerée de boue biliaire fétide, je brise le calcul avec une curette ordinaire et l'extrais par portions en le morcellant. Lorsque la cavité qui le contenait est vide il s'écoule tout à coup par le canal hépatique débouché une quantité considérable (peut-être 50 grammes) (?) de pus fétide. Je pratique un lavage soigné des voies biliaires et introduis un gros tube à drainage non perforé dans le canal hépatique jusque dans le tube du foie.

La malade étant épuisée, le pouls misérable, je termine là l'opération et me contente d'établir un drainage accessoire par la vésicule.

Je pratique un tamponnement léger autour du drain principal placé dans le canal hépatique, puis je referme la plaie en fixant l'extrémité de chacun des drains à la peau.

Pour activer le drainage au maximum, je recouvre la plaie et les drains de compresses de gaze imbibées de sérum chaud et par-dessus j'applique du coton hydrophile stérile.

Ce pansement sera renouvelé toutes les six heures pendant vingt-quatre heures, puis remplacé par un pansement sec.

Les fragments de calcul une fois desséchés pèsent 35 grammes.

Marche. — Le soir de l'opération la malade est affaissée, elle respire par saccades, n'a pas la force de parler. La température, comme d'habitude, est de 38°8 (aisselle). Le pansement a été renouvelé, il était complètement traversé de liquide biliaire infect. Le drain de l'hépatique coule goutte à goutte et fournit de la boue biliaire infecte.

7 mai. — A partir de ce jour la température est prise dans le rectum matin et soir. Le matin du 7 mai elle est à 37°7, le soir à 37°9. Le pansement est renouvelé deux fois dans les vingt-quatre heures, il est chaque fois traversé par de la bile infecte dont les parties épaisses, brunâtres, restent dans les compresses où elles ressemblent à des matières fécales.

8 *mai.* — 37°5 et 38 degrés. Deux pansements. Pendant celui du matin le drain du canal hépatique est bouché par de la boue biliaire. Je pratique un lavage dans ce drain et j'enlève ainsi une quantité de petits graviers et de boue biliaire. Après ce lavage la malade a une crise de colique hépatique, vite calmée par une piqûre de morphine.

Le soir, nouveau lavage; encore des concrétions et de la boue fétide.

9, 10, 11, 12 et 13 *mai*. — La température rectale oscille autour de 38 degrés. Matin et soir le pansement est renouvelé, toujours traversé et inondé de boue biliaire d'aspect fécaloïde. A chaque pansement un lavage est fait dans le drain de l'hépatique et presque chaque fois le lavage ramène quelques graviers. L'état général de la malade semble s'améliorer un peu. Elle n'a plus de muguet et digère facilement le lait écrémé stérilisé.

14 *mai*. — Même température et même état, mais la bile a changé d'aspect, elle est devenue verte, elle renferme beaucoup moins de boue biliaire et n'a presque plus l'odeur fécaloïde des premiers jours.

15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 *mai*. — Même température, mêmes soins, même régime, et même état général.

La bile à chaque pansement est plus propre, elle n'a plus d'odeur.

22 *mai*. — 37°4 et 38 degrés. Le drain du canal hépatique est supprimé.

Un grand lavage est fait dans le trajet du drain et ramène des débris de calcul. Le soir, la malade a une crise de colique.

23 *mai*. — 37 degrés le matin, pansement propre, mais agitation de la malade; gastralgie.

Le soir, 38°6. Le pansement est fait et le drain réintroduit en place. Je fais un lavage des voies biliaires avec de l'eau oxygénée à douze volumes étendue de trois quarts d'eau. Plusieurs petits graviers sont ramenés dans la mousse de l'eau oxygénée.

24, 25, 26, 27 *mai*. — La température redescend à 37 degrés. Chaque jour en enlevant le drain du canal hépatique et introduisant dans son trajet aussi loin que possible une sonde de Nélaton je pratique un lavage avec de l'eau oxygénée.

Le 26, le lavage ramène encore un calcul gros comme une petite noisette. Après l'évacuation de ce calcul l'eau oxygénée passe directement dans le duodénum et provoque des contractions de l'intestin.

Le 28 *mai*. — Je supprime le drain définitivement. (Le drain de la vésicule a été supprimé depuis plusieurs jours.) Dès le soir, la malade a une selle bilieuse et son pansement est presque sec. Elle n'a pas eu de douleurs nouvelles. Son alimentation se fait mieux, elle semble chaque jour prendre des forces nouvelles.

Le 6 juin, un mois après son opération, elle quitte la clinique.

Elle est toujours d'une maigreur extrême, mais son moral est bon; elle digère bien le lait, ne souffre plus, est *déshabituée* de sa morphine, elle va et vient dans sa chambre. Son teint est changé, elle n'est plus vert olive, mais a la peau très pigmentée encore; les doigts et les mains, les lèvres ont repris un aspect normal.

Le 10 *juillet* 1904. — Je revois la malade, elle a augmenté de 4 kil. 500, Elle pesait quand elle s'est levée 36 kil. 500, elle pèse maintenant 41 kilogrammes; elle mange et digère facilement des purées de légumes, du lait. des potages, des œufs, elle va commencer à prendre de la viande. Elle est presque déjaunie mais a encore la peau du visage un peu bronzée.

Les conclusions que l'on peut tirer de cette observation peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Une malade atteinte d'angiocholite d'origine calculeuse et avec un état général déplorable peut guérir si on lui draine son canal hépatique, c'est-à-dire que si, par le drainage, on peut amener au dehors toute la bile mêlée de pus qui stagne dans les voies biliaires supérieures. Or, on ne peut atteindre ce but qu'en introduisant dans le canal hépatique un gros tube de caoutchouc qui empêche tout passage des liquides infectieux dans l'intestin ; il faut dans ces cas un drainage *total.*

2° Chez notre malade, comme chez les autres que j'ai observées, les voies biliaires principales étaient très dilatées au-dessus de l'obstacle. Aussi ne saurais-je trop le répéter : chaque fois qu'un obstacle mécanique des voies biliaires principales amène de la rétention biliaire avec augmentation du volume du foie, le canal hépatique est dilaté. Ce fait est pratiquement très important à retenir, car le drainage de l'hépatique se trouve de la sorte réalisable, précisément dans les cas où il se trouve indiqué.

3° Le drainage de l'hépatique a été facilement exécuté ; il a été des plus efficaces, car, tant que le drain a été maintenu en place, on n'a jamais trouvé la moindre trace de bile dans les selles.

4° L'odeur fécaloïde de la boue biliaire peut s'expliquer par ce fait que le calcul biliaire atteignait par son extrémité la cavité même de l'intestin.

5° L'emploi de l'eau oxygénée diluée pour le nettoyage des drains et des voies biliaires paraît avoir donné de très bons résultats pour déloger et amener au dehors les dernières concrétions.

M. Michaux. — Si j'ai bien entendu l'observation de M. Delagenière notre collègue était obligé d'enlever le drainage pour faire des lavages et obtenir ainsi l'évacuation des calculs et de la boue biliaire qui ne pouvaient trouver issue par le drain lui-même.

Cette observation me paraît intéressante à souligner, car ce fait démontre la réalité des objections d'insuffisance qui ont été théoriquement faites au drainage du canal hépatique par la méthode de Kehr.

M. Delagenière. — Je ne comprends pas bien l'objection faite par M. Michaux : le drainage de l'hépatique en laissant une porte ouverte permet l'ablation ultérieure des calculs restants. Rien n'est plus facile, comme chez ma malade, en enlevant le drain de pratiquer des lavages évacuateurs qui sont très simplifiés par l'emploi de l'eau oxygénée diluée.

M. Lejars. — Je n'ai qu'un regret, c'est que notre collègue M. Delagenière n'ait point fait sa communication, ici, avant la mienne : il aurait pu défendre le drainage du canal hépatique, car les objections n'ont pas manqué. Je suis donc très heureux de ce concours si précieux qu'il nous apporte. — Quant au drainage lui-même, pour répondre à la question de notre collègue Michaux, je dirai que personne d'entre nous n'a fait le drainage exactement comme M. Kehr, qui ajoute toujours au tube intra-hépatique un autre tube de caoutchouc formant siphon.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion de traiter plusieurs malades dont l'histoire clinique était superposable à celle de l'opéré de notre collègue et ami Delagenière. Je me suis contenté d'inciser le cholédoque, d'enlever le calcul et de drainer l'incision faite au canal. Il y a, je crois, au point de vue du drainage du canal hépatique, une distinction à établir entre les angiocholites infectieuses non calculeuses et les calculeuses. Dans les dernières je fais le simple drainage de l'incision cholédoquienne ; dans les premières je draine l'hépatique. Dans les calculs du cholédoque, une fois le calcul enlevé, l'écoulement se fait et le drainage de l'hépatique semble inutile.

M. Pierre Delbet. — Je ne veux pas parler du drainage du canal hépatique dont je n'ai aucune expérience. Si j'ai demandé la parole, c'est parce que mon ami Lejars vient de dire que nous tous ici nous mettions tout simplement un drain dans le pansement.

Pour ma part je ne procède pas ainsi. J'emploie toujours le siphon. Je ne veux faire aucune revendication de priorité : je n'ai pas les dates et d'ailleurs cela n'en vaut pas la peine. Je veux seulement dire que depuis que je fais de la chirurgie, toutes les fois que j'ai eu à drainer les voies biliaires, j'ai employé un siphon, et je suis convaincu que cela a de grands avantages pour l'évolution de la plaie.

Quand le drain est bien placé, toute la bile s'évacue par le siphon sans qu'il en passe une seule goutte dans le pansement. Récemment encore j'ai eu recours à ce siphon, et quand j'ai enlevé le premier pansement au bout de huit jours, il était immaculé. On obtient ainsi des réunions par première intention absolument parfaites, ce qui n'est pas toujours facile quand la bile septique vient souiller la plaie.

Lors même que la bile est redevenue parfaitement limpide, je n'enlève le siphon qu'après avoir retiré les points de suture. La bile peut alors couler dans le pansement sans inconvénient.

En somme, je considère le siphon comme présentant de réels avantages.

M. Delagenière. — M. Lejars se demande si le drainage que j'ai pratiqué avec un drain court recouvert par le pansement est aussi efficace que celui pratiqué par Kehr au moyen d'un long tube plongé dans un réceptacle quelconque. Il m'est difficile de lui répondre à ce point de vue, mais, pour obtenir un drainage très efficace, j'emploie comme les Américains des compresses de tarlatane injectées de sérum et recouvertes de coton hydrophile.

M. Hartmann ne voit pas quel avantage il y a à introduire le tube dans l'hépatique et il se contente de le mettre au contact de l'incision du cholédoque. Mais en agissant ainsi il laisse passer une partie de la bile infectée dans l'intestin et fait par suite un drainage incomplet, insuffisant, je crois, pour les cas graves.

Communication.

Nouvel instrument pour le traitement chirurgical des hémorroïdes,

par M. DJÉMIL-PACHA, membre correspondant.

Au rectum comme ailleurs, la réunion par première intention pouvant être obtenue, le procédé de Whitehead, c'est-à-dire dissection circulaire de la muqueuse dans la portion inférieure du rectum et l'excision circonférencielle totale de la muqueuse suivie de suture, est aujourd'hui, sans contredit, le meilleur traitement chirurgical des tumeurs hémorroïdales.

Pour simplifier la technique opératoire de ce procédé et surtout pour rendre cette intervention plus rapide et bien aseptique, il fallait avoir des instruments spéciaux.

Tout d'abord pour cet usage, un médecin roumain, M. le Dr Vercesco, en a décrit un, dans une communication faite devant le 13e Congrès international de médecine de Paris en 1900. Plus tard M. le Dr Potarca, de Roumanie, a publié en 1902 dans le n° 5 de la *Revue de Chirurgie* quelques cas d'hémorroïdes traités par le même procédé.

Ces messieurs employaient un dilatateur à valves, analogue à celui du Dr Trélat, un cylindre de liège et quelques épingles ordinaires de Carlobard.

Les principaux temps de l'opération sont :

1° Introduction du dilatateur dans le rectum, et entre les valves écartées on passe le cylindre de liège ; ensuite, au pourtour de l'anus, fichage d'une série d'épingles pénétrant la marge muco-tégumentaire et le cylindre de liège ;

2° Incision circulaire de la marge de l'anus immédiatement en arrière des épingles et extirpation des vaisseaux malades ;

3° On laisse entrer le cylindre muqueux et on place quelques points de suture sur les lèvres de la plaie muco-tégumentaire.

Si les lésions remontent haut et les hémorroïdes s'accompagnent de prolapsus, si la muqueuse est malade, ce qu'on comprend par sa teinte bleuâtre, on résèque la zone malade par une incision de la muqueuse que l'on suture ensuite à la peau.

Il est vrai que le cylindre de Vercesco-Potarca assure plus ou moins l'hémostase, qu'il dispense de nombreuses et difficiles précautions antiseptiques, qu'il abrège aussi l'acte opératoire. Mais pourtant, il faut avoir en même temps différents instruments tels que : dilatateur, cylindre de liège, épingles, etc., ce qui est toujours une perte de temps et un inconvénient pour le chirurgien.

Afin d'obvier à cet inconvénient, abréger davantage l'acte opératoire, se passant au besoin de plusieurs aides, j'ai imaginé et fait fabriquer par M. Noury Bey, orthopédiste à Constantinople, un instrument tout à fait nouveau qui m'a permis d'employer le même procédé dans plusieurs cas d'hémorroïdes avancées et non avancées.

Les avantages de cet instrument sont :

1° Aisance et commodité de son emploi ;

2° Rapidité de l'opération elle-même, avec très peu d'aide ;

3° La stérilisation facile.

Il se compose : d'un cylindre, d'agrafes faisant le service des épingles et d'un manche ; soit trois parties formant un tout homogène.

Le cylindre a 7 centimètres de longueur sur 9 de circonférence, c'est-à-dire 1 diamètre de 28 millim. 1/2 environ ; l'extrémité antérieure est arrondie, sa partie postérieure est percée de 6 trous pour recevoir les pointes des agrafes. (Ce cylindre peut être fait dans des dimensions diverses, soit comme longueur, soit comme diamètre.) On peut augmenter aussi le nombre des agrafes.

Les agrafes, au nombre de 6, ayant la forme (≤) d'un quatre arabe, s'adaptent sur l'extrémité antérieure du manche ; elles se soulèvent et s'abaissent automatiquement, comme on le verra dans la description du manche.

Le manche a 7 centimètres de longueur, d'une forme très en main ; il possède à sa partie supérieure un bouton sur lequel on

doit appuyer pour faire fonctionner les agrafes. En pressant sur ce bouton les agrafes se soulèvent et retombent avec force dès que la pression cesse.

Manière d'opérer. — Le malade ayant été purgé deux jours avant l'opération, et le rectum désinfecté d'après les règles aseptiques, le patient étant dans le décubitus dorsal avec flexion des cuisses, on introduit avec la main droite l'instrument dans le rectum (sans avoir besoin d'aucun aide, d'aucun dilatateur) jusqu'à ce que les trous, qui se trouvent sur la partie postérieure du cylindre, aient passé la marge muco-tégumentaire; pressant alors avec le pouce le bouton du manche, les agrafes se soulèvent pour retomber avec force, dès que la pression cesse, en traversant la marge muco-tégumentaire et rentrer dans les trous du cylindre.

S'étant assuré que les agrafes sont en place et la marge bien tenue, on tire le manche de l'instrument afin de tendre les téguments. On incise circulairement la marge de l'anus, en arrière des agrafes; en tirant encore l'instrument, les téguments sont refoulés en arrière, en même temps que le cylindre muqueux, fixé au cylindre, est attiré au dehors.

Les suites de l'opération sont les mêmes que celles décrites par MM. les Drs Vercesco et Potarca. Soit : si la muqueuse est saine, ce qui se reconnaît par sa coloration rosée, et s'il n'y a pas de prolapsus, on enlève tout simplement les vaisseaux malades et on place quelques points de suture sur les lèvres de la plaie muco-tégumentaire. Si, au contraire, il y a le prolapsus ou bien la muqueuse est altérée, ce qu'on comprend par sa teinte bleuâtre, on doit réséquer circulairement la partie malade de la muqueuse du rectum.

Pour éviter la fuite de la muqueuse, avant de sectionner le manchon muqueux, nous fixons en quatre points la muqueuse à la peau par des pinces fortes de Kocher, et, après avoir enlevé l'instrument tout autour de la marge de l'anus, nous plaçons des points de suture au fil à soie.

Après l'opération pas de mèche, pas de drain, un simple pansement et le malade doit être constipé par l'opium pendant une semaine.

Conclusion. — Comme on le voit, le dilatateur à valves, le cylindre de liège, les épingles ne sont pas nécessaires avec l'instrument que j'ai eu l'honneur de vous soumettre à l'instant.

Il est d'un maniement facile, se nettoie très simplement, peut se démonter aisément et être stérilisé dans l'étuve. En outre, il dispense de plusieurs aides dont on a besoin par le procédé Vercesco-Potarca.

En un mot, il permet d'opérer plus rapidement, beaucoup plus facilement et très aseptiquement.

Le Dr Whitehead a indiqué un très bon procédé pour opérer les hémorroïdes, il ne lui manquait qu'un instrument pour le rendre tout à fait complet; je crois que le nôtre comblera cette lacune.

Présentation de malade.

M. Pierre Delbet. — Voici un malade qui est atteint d'une lésion du médian fonctionnellement très nette et consécutive à un violent traumatisme du carpe. La radiographie montre une fracture du scaphoïde et peut-être un déplacement de la première rangée du carpe.

M. Guinard. — J'ai été appelé il y a quelques semaines à donner des soins à un malade qui avait eu comme celui-ci un violent traumatisme du membre supérieur. Il avait lui aussi des accidents de névrite du nerf médian que j'attribuai à une compression par un fragment osseux au niveau de sa fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Je fis une incision large et je trouvai un écrasement du nerf médian qui était aplati, étalé, comme dissocié : il n'était nullement comprimé, et mon opération n'a produit aucun résultat favorable. Je crains qu'il n'en soit ici de même : mais cela n'empêche pas qu'il faut y aller voir et disséquer le médian au poignet jusqu'au niveau du scaphoïde.

Présentation d'instrument.

Trousse auto-stérilisatrice.

M. Parmentier (de Sarlat). — Si les chirurgiens des grands centres ont toujours sous la main des instruments choisis et stérilisés en s'adressant aux maisons de stérilisation, il n'en est point de même pour les praticiens des petites villes et des campagnes qui, au cours de leurs tournées, se trouvent à chaque instant pris au dépourvu et n'ont comme ressource que leur trousse souvent incomplète, et comme moyen de stérilisation que l'ébullition à l'eau naturelle ou le flambage, procédés l'un et l'autre trop inefficaces.

Nous nous sommes à chaque instant trouvé aux prises avec ces difficultés, et nous avons cherché à les résoudre en imaginant la trousse auto-stérilisatrice que nous avons l'honneur de vous présenter.

Cette trousse, qui, malgré son volume restreint, contient, grâce à une disposition particulière, 17 instruments d'urgence, une boîte à sutures, une lampe à alcool à double bec avec réglage de la flamme, est en même temps une étuve permettant d'atteindre, dans douze à quinze minutes, par un courant d'air chaud établi à l'intérieur, une température de 160 degrés, et de la maintenir durant trente minutes. Cette température est enregistrée par un thermomètre dont la cuvette est située à l'intérieur de la trousse, et dont la colonne est visible au dehors (*a*).

La source de chaleur est une lampe à alcool à double bec avec un régulateur à ailettes (*b*); la diffusion de cette chaleur se fait dans la trousse par des toiles métalliques.

La trousse auto-stérilisatrice se compose, en effet, d'une boîte métallique possédant deux doubles fonds supérieurs et inférieurs, avec deux ouvertures latérales en chicane (*d*) communiquant avec l'intérieur de la boîte. Dans la partie inférieure du double fond inférieur a été pratiquée une ouverture dans laquelle une toile métallique (*e*) a été tendue, et sur laquelle vient s'écraser la flamme de la lampe. Au repos, cette ouverture est obturée par deux tirettes articulées (*c*) qui, en s'ouvrant, forment support pour le chauffage.

Dans le double fond supérieur et à la face supérieure se trouvent le thermomètre (*a*) et une petite ouverture (*f*) destinée à former un appel d'air, et dont le diamètre est réglable à volonté par une petite tirette. Cette ouverture est située sur le côté opposé à celui où le double fond supérieur communique avec l'intérieur de la boîte.

Dans l'intérieur de l'étuve peuvent être disposés deux paniers en toile métallique (*p*) où les instruments sont disposés de façon à ne pouvoir se déplacer, et, par suite, à éviter tout choc, soit entre eux, soit extérieur.

Lorsque l'on chauffe, la chaleur recueillie sur la toile métallique inférieure s'emmagasine dans le double fond inférieur, puis, sous l'influence de l'appel d'air, traverse l'intérieur de la boîte, passe dans le double fond supérieur, s'enregistre sur le thermomètre et s'échappe au dehors.

Une trousse semblable présente, nous semble-t-il, les avantages suivants :

1° Elle contient beaucoup d'instruments sous un petit volume;
2° Elle permet une stérilisation absolue et contrôlée sans danger

pour les instruments, car on n'a point à craindre le détrempage, la chaleur s'élevant ou s'abaissant graduellement;

3° Enfin en retirant les paniers métalliques, elle permet, soit de stériliser d'autres instruments, soit de stériliser un pansement.

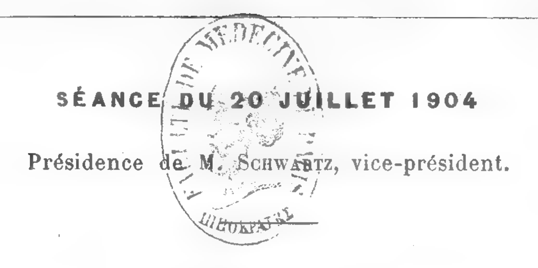
Elle est d'un maniement simple et rapide.

C'est la véritable trousse d'urgence.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 20 JUILLET 1904

Présidence de M. SCHWARTZ, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Le volume que MM. Albert MALHERBE et Henri MALHERBE (de Nantes) viennent de publier sous le titre suivant : *Recherches sur le sarcome.*

— M. LE PRÉSIDENT remercie MM. Albert MALHERBE et Henri MALHERBE, au nom de la Société de Chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. Paul BERGER dépose sur le bureau le volume de *Chirurgie orthopédique* qu'il vient de publier avec la collaboration de M. BANZET.

— M. LE PRÉSIDENT remercie M. Paul BERGER au nom de la Société de Chirurgie.

M. PICQUÉ dépose sur le bureau un travail de M. GANDIER (de (Lille) intitulé : *Fracture oblique de l'humérus au niveau des tubérosités. Réduction sanglante.*

— Le travail de M. GANDIER est renvoyé à une commission dont M. PICQUÉ est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'emploi du chloroforme associé à l'oxygène, au moyen de l'appareil de Roth.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, ce n'est pas sans un très grand étonnement que j'ai vu, dans une de nos dernières séances, le Dr Guglielminetti vous présenter ici l'appareil de Roth pour la chloroformisation, sans même mentionner le nom de l'auteur. En réalité, l'appareil qui vous a été présenté par M. Guglielminetti est identique de tout point, et dans toutes les parties qui le composent, à l'appareil de Roth dont je me sers dans mon service pour la chloroformisation depuis le 20 décembre 1902. Voulant savoir ce qu'il y avait de fondé dans les prétentions de M. Guglielminetti, j'ai écrit à M. Roth; voici la réponse que j'ai reçue de lui le 27 juin dernier : « M. Guglielminetti s'est occupé antérieurement des inhalations d'oxygène, et après ma communication au Congrès de Berlin, il a été un des premiers qui ait commandé et reçu l'appareil. Il a témoigné beaucoup d'intérêt pour la méthode, et j'ai correspondu plusieurs fois à ce sujet avec lui. Quant à la construction de l'appareil pour la chloroformisation associée à l'oxygène Roth-Dräger, il n'y a pas participé. Il a reçu d'ici un appareil complet, en sorte qu'il n'a aucun droit à présenter l'appareil en son nom. »

Il est donc bien entendu que l'appareil qui vous a été présenté ici par M. Guglielminetti n'est autre que l'appareil de Roth que son auteur a fait connaître au Congrès de Berlin en avril 1902. Moi-même, au cours d'un voyage chirurgical que je faisais en septembre 1902, je vis pour la première fois cet appareil dans le service de Kummell, à Hambourg, qui me déclara en être fort satisfait; à mon arrivée à Stockholm, j'en causai avec le professeur Berg, qui fit venir l'appareil de Hambourg, et les essais de l'appareil qui furent faits en ma présence dans le service du professeur Berg, me parurent si satisfaisants que je résolus de le mettre, de mon côté, en expérimentation.

A ce moment, M. Roth imprimait à son appareil une modification importante. Dans le premier modèle en effet, le chloroforme était renfermé dans un flacon où venait barboter l'oxygène; certaines personnes reprochaient à l'appareil ainsi disposé que le contact prolongé entre l'oxygène et le chloroforme pouvait amener une altération dans la composition de ce dernier. Pour éviter cet inconvénient, M. Roth a adopté un nouveau dispositif dans lequel

le chloroforme n'est plus traversé par l'oxygène, mais vient tomber sous forme de gouttes dans un espace clos d'où il est entraîné sous forme de vapeurs par le courant oxygéné. Je dus attendre que cette modification fût terminée; aussi ne pus-je commencer les essais dans mon service que le 20 décembre 1902.

Ainsi que je l'ai dit dans la communication que j'ai faite récemment à ce sujet à l'Académie de Médecine dans la séance du 29 mars dernier, l'appareil actuel de Roth se compose essentiellement d'un réservoir pour l'oxygène dont l'écoulement est réglé par une vis faisant mouvoir une aiguille sur un cadran gradué, de sorte qu'on peut faire passer à volonté 1, 2, 3, 4 ou 5 litres d'oxygène par minute. Un petit récipient en verre contient le chloroforme dont l'écoulement peut également être accéléré ou retardé, suivant la position qu'on donne à une aiguille se déplaçant sur un second cadran analogue au premier. Il y a seulement entre les deux cadrans cette différence que le premier, celui qui correspond à la quantité d'oxygène mise en circulation, est réglé par des chiffres, tandis que le second qui active ou ralentit l'écoulement du chloroforme est gradué par les lettres de l'alphabet, A, B, C, D, E. En résumé donc, la quantité de chloroforme administrée par minute dépend de deux éléments : 1° La position imprimée à l'aiguille accélérant ou modérant l'écoulement du chloroforme; 2° l'écoulement plus ou moins rapide de l'oxygène. On peut ainsi en mettant le premier cadran sur le chiffre 2 ou 3, tandis que le second répond à la lettre B, ou C, ou D, obtenir des combinaisons variées qui permettent de faire respirer par minute 50 centigrammes, 1 gramme, 1 gr. 50 ou 2 grammes de chloroforme.

La méthode de M. Roth s'inspire d'un double principe : 1° le principe des mélanges titrés de chloroforme, établi expérimentalement par Paul Bert, et appliqué par lui avec succès, en 1884, dans le service de Péan, à l'hôpital Saint-Louis; 2° le principe de l'association de l'oxygène au chloroforme. Il n'est que juste de rappeler que déjà des tentatives nombreuses avaient été faites dans cette voie. En dernier lieu, M. Wohlgemuth (de Berlin) avait présenté, en 1901, au Congrès allemand de Chirurgie, un appareil construit sur le même principe. L'appareil de M. Roth doit en être considéré seulement comme une modification.

Depuis le moment où j'ai commencé à employer l'appareil de Roth, le nombre des malades que j'ai soumis à ce mode d'anesthésie dépasse 310. Les résultats m'ont toujours paru excessivement avantageux. Tous mes malades étaient des enfants dans les conditions d'âge où ils sont admis dans nos hôpitaux d'enfants, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de quinze ans. Les plus jeunes avaient deux ans, vingt-deux, vingt et dix-neuf mois; le plus jeune de

tous avait dix mois. Dans ce cas particulier, la chloroformisation n'a rien laissé à désirer.

Les avantages que me paraît présenter la chloroformisation par l'inhalation du chloroforme associé à l'oxygène sont les suivants : l'anesthésie est obtenue un peu plus lentement que par le procédé ordinaire, mais avec le plus grand calme, la période d'agitation est extrêmement réduite, ou même fait complètement défaut. La respiration et le pouls sont tranquilles; il n'y a pas de tendance à la syncope, les malades restent bien colorés; les malades se réveillent avec la plus grande facilité, dès qu'on cesse la chloroformisation. Les vomissements ne sont pas supprimés, mais ils sont rares, et, en tout cas, absolument exceptionnels au cours même de l'opération. Enfin, et surtout, la quantité de chloroforme employée est peu considérable. Sans doute, elle ne saurait être exactement proportionnelle à la durée de l'opération. Il faut en effet compter employer toujours une certaine dose de chloroforme pour arriver à l'anesthésie complète. Cette dose, on peut assez exactement l'évaluer à 4 grammes pour arriver à l'anesthésie complète chez les enfants. Plus tard, le malade étant endormi, on peut, avec des doses minimes, maintenir pendant longtemps l'anesthésie. D'accord en cela avec l'un des assistants de Kümmell, le D[r] Engelmann, qui a publié dans le *Centralblatt für chirurgie* de 1902 les premiers résultats fournis à l'hôpital général de Hambourg par l'emploi de l'appareil de Roth, je suis arrivé à cette conclusion que la quantité de chloroforme dépensée est assez exactement de 50 centigrammes par minute, soit 15 grammes pour une opération d'une demi-heure. Plus l'opération se prolonge, plus la quantité de chloroforme employée devient relativement petite. Elle peut tomber à un tiers de la durée, soit, par exemple, 20 grammes pour une heure, et même moins encore. Ainsi, il nous est arrivé de faire des chloroformisations d'une heure de durée, en ne dépensant pas plus de 15 à 16 grammes de chloroforme.

Ici je dois mettre en garde les personnes qui se serviront de l'appareil de Roth contre une faute que j'ai commise moi-même. C'est celle qui consiste à élever trop la dose d'oxygène employée, à la porter, par exemple, jusqu'à quatre litres par minute. Chez quelques jeunes gens où nous avions ainsi procédé, nous avons observé de l'agitation. Aussi avons nous pris pour habitude chez les enfants de ne pas dépasser la dose de 2 litres à 2 litres et demi d'oxygène par minute. Quand la chloroformisation est complète, il convient d'abaisser beaucoup cette dose; on peut, par exemple, entretenir pendant longtemps l'anesthésie, en ne dépassant pas la dose d'un demi-litre par minute.

J'ai eu il y a quelque temps l'occasion de faire une application intéressante de l'appareil de Roth chez une petite fille de six ans et demi présentant de la cyanose liée à une communication interventriculaire. Il s'agissait d'une petite malade de notre collègue et ami Jalaguier qui avait reconnu chez elle une appendicite chronique, et qui jugeait nécessaire la résection de l'appendice. Mais, d'autre part, vu la lésion cardiaque, notre collègue hésitait beaucoup à entreprendre chez sa petite malade l'opération. A la suite de ma communication à l'Académie de Médecine, M. Jalaguier voulut bien me demander si je pensais que l'appareil de Roth pût, dans un cas de cette nature, offrir des garanties sérieuses; je lui répondis que je ne possédais pas de document à cet égard. J'écrivis simultanément à MM. Roth et Kümmell, qui, tous les deux, me répondirent qu'ils continuaient à employer l'appareil et qu'ils en étaient toujours très satisfaits. Mais, sur le point particulier qui nous intéressait, ils ne nous fournissaient aucun document. M. Jalaguier d'abord, puis le père de la petite malade, lui-même médecin, vinrent tous les deux dans mon service assister à un certain nombre de chloroformisations. Tous deux furent frappés de l'absence d'agitation chez mes petits malades et de la marche régulière de l'anesthésie. Il fut donc décidé que la petite malade à la communication inter-ventriculaire serait anesthésiée avec l'appareil de Roth pour l'extirpation de son appendice. L'opération fut faite le 16 juin dernier et se passa à souhait. La malade fut endormie avant son entrée dans la salle d'opération, on fit sous le chloroforme le nettoyage de la paroi abdominale; ce qui explique que la durée totale de la chloroformisation fut de quarante minutes. Pendant ce temps, la quantité de chloroforme employée a été de 10 grammes. Le pouls surveillé pendant toute la durée de l'opération par notre collègue Merklen a oscillé autour de 80; au moment seulement du transport dans la salle d'opération, le chloroforme ayant été cessé pendant quelques minutes, il y a eu des efforts de vomissements, et le pouls s'est élevé à 108, et même à 120. Mais, l'enfant ne nous a jamais causé la moindre inquiétude, et elle a guéri avec la plus grande simplicité.

En résumé, messieurs, je conclurai comme je l'ai déjà fait devant l'Académie de Médecine, en disant que la chloroformisation par l'appareil de Roth me paraît constituer un immense progrès. Loin de moi, certes, la pensée que cet appareil ait résolu d'une manière définitive la question toujours difficile et toujours débattue de la chloroformisation. Mais il mérite d'être largement mis en expérimentation; à cet égard, il serait à désirer que l'Assistance publique confiât à un certain nombre de nos collègues qui en feraient la demande l'appareil de Roth, de façon à ce que

l'expérimentation portant sur des milliers d'expériences, nous soyons vite fixés sur la valeur définitive de la méthode. Pour ma part, je continue à l'employer régulièrement dans mon service, et je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats ultérieurs.

M. Pierre Delbet. — Quand M. Guglielminetti est venu présenter ici un appareil analogue mais non identique à celui que M. Kirmisson nous montre, je venais d'avoir dans mon service plusieurs ennuis chloroformiques. J'ai su d'ailleurs qu'à la même époque il y en avait eu et de plus graves dans d'autres services. Je n'avais perdu aucun malade, mais j'avais vu plusieurs arrêts respiratoires, plusieurs menaces de syncopes qui avaient nécessité la respiration artificielle, des tractions de la langue, ennuis que nous connaissons trop.

Aussi sachant que mon maître M. Kirmisson se servait de l'appareil en question et qu'il en était satisfait, je demandais à M. Guglielminetti de bien vouloir me montrer le fonctionnement de l'appareil dans mon service. Depuis cette époque, j'ai l'instrument à la maison Dubois et je m'en sers régulièrement.

Messieurs, je n'ai pas qualité pour défendre M. Guglielminetti, mais je dois dire que je n'ai pas eu l'impression qu'il eût voulu revendiquer quoi que ce soit sur la paternité de cet appareil. M. Guglielminetti nous a présenté le détendeur de gaz qu'il a inventé et qui peut servir à l'administration médicale de l'oxygène ; puis il nous a montré qu'il avait appliqué ce détendeur à l'appareil de Roth-Dräger.

L'appareil qu'il nous a présenté n'est pas d'ailleurs identique à celui que je vois ici. Le détendeur n'est pas le même. En outre le cadran qui règle la vaporisation de l'oxygène est gradué en gouttes. Ce qui permet de vérifier à chaque instant si le fonctionnement de l'appareil est régulier. Il suffit de tirer sa montre et de compter le nombre de gouttes qui tombent par minute.

J'ai fait prendre des notes détaillées sur toutes les narcoses qui ont été faites dans mon service avec l'appareil Roth-Dräger-Guglielminetti. Je n'ai pas ces notes sur moi, car je ne savais pas que M. Kirmisson dût faire son rapport aujourd'hui. Aussi je demanderai à M. le président de bien vouloir me donner la parole dans la prochaine séance pour que je puisse vous mettre au courant de ma courte expérience sur ce point.

Je me hâte de dire dès maintenant que je suis très satisfait de ce mode d'administration du chloroforme. Depuis que je l'emploie je n'ai eu non seulement aucun ennui, mais même aucun incident de narcose.

M. Jalaguier. — Je tiens à m'associer à l'appréciation de M. Kirmisson sur l'administration du chloroforme par l'appareil de Roth ; je tiens surtout à remercier M. Kirmisson et M. Cormon de l'obligeance avec laquelle ils ont mis à ma disposition cet appareil et leur expérience qui m'a été précieuse.

Grâce à eux, j'ai pu mener à bien l'opération chez une fillette très excitable et qui se cyanosait à la moindre colère et à la moindre excitation.

Pendant toute l'opération je n'ai pas eu un instant d'inquiétude ; l'enfant dormait absolument paisible comme d'un sommeil naturel. Le réveil a été rapide et sans le moindre incident.

M. Kirmisson. — Je ne puis que remercier M. Jalaguier des paroles aimables qu'il a bien voulu prononcer à mon égard. Quand à M. Delbet, je me permets de lui faire observer qu'il fait erreur quand il croit qu'il y a une différence entre l'appareil de Roth et l'appareil soumis à la Société de Chirurgie par M. Guglielminetti.

Dans les deux appareils, le détendeur pour l'oxygène est le même, dans les deux, le chloroforme est dosé par nombre de gouttes, et c'est d'après ce nombre qu'est calculée en grammes la quantité de chloroforme administrée par minute.

M. Pierre Delbet. — Il y a évidemment de ma part quelque ridicule à prendre la défense de M. Guglielminetti. Je me crois cependant obligé de dire que sur l'appareil qui est dans mon service le détendeur porte seul le nom de Guglielminetti, le reste de l'appareil porte imprimé sur les cadrans les deux noms de Roth et de Dräger.

Rapports.

De l'allongement anormal des membres inférieurs, par Mme Nageotte-Wilbouchewitch, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. A. BROCA.

I. — Le fait sur lequel est établie la première partie de la note dont Mme Nageotte nous a entretenu, est, je crois, assez exceptionnel. L'allongement pathologique d'un membre n'est pas fréquent, et surtout on l'observe rarement dans les conditions où il se présente ici.

Mme Nageotte a été consultée, il y a quelques mois pour la première fois, pour une fille aujourd'hui âgée de onze ans, atteinte de scoliose, et comme cause de cette déviation de la taille, elle trouva une différence de longueur entre les deux membres inférieurs : le gauche était de 4 centimètres plus long, la différence portant exclusivement sur le fémur. Ces inégalités de longueur se rencontrent parfois sans cause connue. Mais, dans le cas particulier, le membre gauche portait encore la trace de lésions articulaires dont il avait été le siège. L'enfant, sans doute, courait, jouait, sautait, faisait de la bicyclette sans qu'on y vît rien : mais à la hanche et au genou gauches les mouvements avaient perdu une partie fort appréciable de leur étendue. Cela tenait à des atteintes tuberculeuses, superficielles, il est vrai, qui avaient eu lieu dès le jeune âge : à dix-huit mois, l'infection bacillaire avait débuté par les deux premiers métacarpiens gauches ; à trois ans, ce fut le tour de la hanche, un peu plus tard celui du genou gauche. Tous ces foyers ont guéri sans suppuration, mais en marquant leur trace par la raideur articulaire dont je viens de parler, et, sur la radiographie, par une hyperostose un peu irrégulière à la base des deux métacarpiens, aux deux extrémités du fémur. L'image démontre, en outre, que les cartilages conjugaux correspondants, surtout le fémoral inférieur, sont amincis, un peu moins transparents et limités par des bords légèrement sinueux. Depuis que Mme Nageotte observe l'enfant, la différence absolue de longueur entre les membres ne change pas, quoique l'enfant grandisse ; donc, le trouble d'accroissement n'agit plus en ce moment. Nous n'avons pas de renseignements précis sur son évolution : les parents disent seulement qu'ils se sont aperçus de l'inégalité des membres peu de temps après la guérison des lésions ostéo-articulaires. Ils ne savent pas depuis quand la différence est stationnaire.

Dans ce cas, la nature tuberculeuse des lésions initiales paraît aussi bien établie qu'un diagnostic clinique puisse l'être. La chose est intéressante, car l'allongement du membre atteint n'est pas dans les habitudes de la tuberculose ; on observe bien plutôt l'inverse, l'allongement se voyant au contraire à la suite de l'ostéomyélite.

Il semble qu'il faille invoquer, comme explication, une irritation temporaire du cartilage conjugal, au voisinage de l'épiphyse malade ; et en cela Mme Nageotte croit pouvoir établir une comparaison entre ces faits et ceux où, après résection intra-épiphysaire, on voit les cartilages conjugaux, irrités, subir une prolifération hyperplasique suffisante pour compenser en partie la perte de longueur due à la résection. Mais Mme Nageotte se hâte d'ajouter — et en cela elle a raison — que cette excitation favo-

rable est malheureusement temporaire, et qu'elle est suivie, bien au contraire, d'un arrêt dans le pouvoir ostéogénique des cartilages, d'où un manque d'accroissement considérable et définitif. Je n'insiste pas, car nous savons tous qu'en raison de ces faits la résection, et en particulier celle du genou, sont chez l'enfant d'une pratique déplorable.

II. — A côté de ces cas, où intervient un trouble local d'ostéogenèse cliniquement appréciable, M[me] Nageotte nous en signale d'autres où l'inégalité des membres inférieurs se manifeste à nous à l'occasion d'une de ces poussées de croissance, parfois formidables, observées chez l'adolescent à la suite de maladies infectieuses diverses. Il est fréquent que les familles s'en aperçoivent à l'inclinaison scoliotique du rachis. M[me] Nageotte fait observer, avec juste raison, qu'avec le temps il est alors habituel que les choses s'arrangent, au moins partiellement. Un des membres a poussé plus vite que l'autre, mais s'arrête plus tôt, en sorte que le retardataire regagne, par la suite, une partie du terrain perdu. Dans l'observation actuelle il s'agit d'un garçon de quatorze ans qui, à la suite d'une vive poussée de croissance consécutive à des fièvres intermittentes graves, vit la jambe gauche s'allonger beaucoup plus que la droite. Au bout d'un an la symétrie était à peu près rétablie. Mais quel est, dans ces conditions, le membre à considérer comme normal, le plus long ou le plus court? En d'autre termes, y a-t-il un membre qui pousse trop vite ou un qui pousse trop lentement? M[me] Nageotte opine pour la première hypothèse, et dans son observation nous relevons un fait qui *peut-être* explique la chose : à l'âge de sept ans, l'enfant a subi une brûlure grave de la jambe droite, de mi-cuisse à mi-jambe. La guérison a eu lieu avec cicatrices non rétractiles, mais après des mois de suppuration, et dès lors nous avons peut-être ici quelque chose à mettre en série avec les faits « d'atrophie numérique » bien étudiés par Klippel et consécutifs parfois à des brûlures. La lésion traumatique est ici ancienne, sans doute, mais il est admissible qu'elle ait manifesté son action trophique à l'occasion d'une poussée de croissance.

De cela nous pouvons rapprocher les cas pathologiques où un membre, frappé de déchéance nutritive à la suite d'une ostéoarthrite tuberculeuse, subit un arrêt plus ou moins considérable d'accroissement en longueur. La différence s'accentue, les troubles fonctionnels correspondants s'aggravent à chaque poussée de croissance : mais le membre plus court a surtout été, en ce moment, plus paresseux. Au bout de quelques mois l'équilibre se trouve rétabli, au moins dans les proportions où il était avant l'aggravation dernière.

Je dirai, en terminant, qu'il est des cas de scoliose statique, où l'inégalité causale des membres inférieurs s'est produite insidieusement, sans que nous puissions savoir pourquoi, et non à l'occasion de ces poussées de croissance pathologique dont Mme Nageotte nous parle dans son intéressante communication. J'ai observé déjà plusieurs faits de ce genre, et pour eux aussi je me déclare incapable de vous dire s'il y a arrêt relatif d'un côté ou excès de l'autre.

Je vous propose d'adresser nos remercîments à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

M. Berger. — Ces faits d'inégalité de longueur des membres sont intéressants ; en dehors des cas dans lesquels cette inégalité est spontanée, il en est d'autres où cette inégalité peut survenir à la suite d'un traumatisme portant également sur les deux membres. J'ai eu l'occasion de voir un cas de ce genre où, sur un même malade, une même opération sur la même région, faite dans les mêmes conditions et avec les mêmes suites opératoires, fut suivie d'un côté seulement d'un allongement excessif du membre.

Ostéotomie transversale intra-articulaire pour ankylose du genou en flexion, par M. le Dr Guillou, de la Tremblade (Charente-Inférieure).

Rapport par M. A. BROCA.

M. Guillou nous a adressé l'observation d'un garçon de douze ans chez lequel une ankylose osseuse en flexion à angle droit consécutive à une plaie pénétrante du genou, et vieille de trois ans, a pu être redressée par ostéotomie intra-articulaire. D'après la radiographie jointe à l'envoi, il semble bien que la soudure ait été osseuse. Trouvant l'ostéoclasie en principe brutale et sachant que, chez un sujet de cet âge, la résection compromet gravement l'accroissement ultérieur du membre, M. Guillou prit le parti de libérer l'une de l'autre, au niveau de l'interligne, les deux surfaces articulaires, à l'aide d'un ostéotome introduit par une courte incision latérale ; il a ensuite fait la ténotomie du tendon postérieur, et le redressement devint alors possible.

Il est incontestable, d'après les photographies, que le résultat, datant de deux ans aujourd'hui, a été très favorable. Je ferai seulement observer à l'auteur que ce procédé — dans son essence, je ne parle pas de détails accessoires de technique, tels que le siège de l'incision et le modèle de l'ostéotome — a déjà été appliqué. Au genou, je connais par exemple une note d'Helferich sur quelque chose d'analogue. Et nous ne devons pas oublier qu'au coude, avec l'idée cette fois de rétablir les mouvements, Defontaine a exécuté avec succès une ostéotomie trochléiforme.

Cela n'est pas une critique, mais une petite rectification historique. Ma seule critique proprement dite portera sur l'idée qu'a eue M. Guillou de ne pas corriger entièrement la flexion, pour permettre la marche sans fauchement. Je crois que chez l'enfant, avec le degré de flexibilité qui existe tant que les cartilages conjugaux ne sont pas soudés, il y a danger d'amorcer ainsi une flexion secondaire plus grande. Il n'en fut pas ainsi, depuis deux ans, chez le malade de M. Guillou : mais nous savons tous que les déviations peuvent être très tardives, quoique dans l'espèce cela ne me paraisse guère à craindre. Et en tout cas je crois devoir signaler les dangers de cette pratique.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Kystes de l'ovaire et grossesse. Trois cas de torsion du pédicule. Trois ovariotomies. Trois guérisons, par M. le Dr L. LAPEYRE, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours,

par M. J.-L. FAURE.

Vous savez, Messieurs, que la grossesse est souvent invoquée comme facteur de la torsion des kystes de l'ovaire. M. le Dr Lapeyre, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, a eu la bonne fortune d'observer récemment trois cas dans lesquels cet accident s'est produit, et il nous a envoyé cette série d'observations, série d'autant plus belle qu'elles se sont toutes terminées par la guérison.

Ces observations sont assez intéressantes pour mériter d'être publiées. Les voici :

Obs. I. — *Kyste de l'ovaire et grossesse. Torsion du pédicule ovarique et avortement. Ovariotomie. Guérison.*

Mme Marguerite M..., âgée de vingt-trois ans, d'une très bonne santé, réglée normalement à treize ans, s'est mariée il y a onze semaines. Depuis son mariage, elle n'a pas revu ses règles et a présenté les signes d'une grossesse probable : vertiges et quelques vomissements. Il y a dix jours, en rentrant de voyage de noces, elle est prise brusquement dans le ventre d'une douleur aiguë atroce s'accompagnant de vomissements, de tendance syncopale, de refroidissement des extrémités. Un médecin appelé constate immédiatement un développement anormal du ventre et trouve des signes de grossesse. Il s'arrête au diagnostic de péritonite sans bien démêler la cause des accidents et institue le traitement médical par la glace et l'opium.

Mais le ventre se ballonne, les vomissements verdâtres apparaissent et persistent, la constipation est opiniâtre, le pouls est petit et rapide.

La température oscille seulement entre 38 degrés et 38°2.

Le facies altéré et anxieux, l'acuité des douleurs abdominales que seule la morphine calme un peu font décider une consultation.

Je vois la malade au dixième jour des accidents; le matin même, un incident nouveau s'est produit : une fausse couche d'environ deux mois s'est produite. L'état général n'en a été modifié ni en bien ni en mal, les douleurs péritonéales conservent toute leur intensité.

A l'examen direct, le ventre est énorme, en apparence uniformément ballonné, partout douloureux.

La douleur à la pression atteint cependant son intensité maxima au niveau de la région supérieure droite de l'abdomen, immédiatement au-dessous des fausses côtes.

Il existe de la fluctuation superficielle indiquant la présence d'un épanchement péritonéal. Au-dessous de cet épanchement, la palpation, en dépit des difficultés qu'elle présente, de la souffrance qu'elle provoque, permet de percevoir une tumeur rénitente, de contours mal définis, se prolongeant très haut sous les fausses côtes, paraissant remplir tout l'abdomen, et certainement extra-utérine.

En dehors des renseignements déjà fournis, les antécédents sont muets. Jamais une tumeur abdominale n'a été soupçonnée chez la jeune fille; la mère déclare cependant que le ventre de sa fille a toujours été un peu gros.

Je conclus à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ou même rompu, en raison de l'intensité des accidents, de la présence d'un épanchement intrapéritonéal, et conseille le transport immédiat à Tours pour intervenir.

L'opération est faite le surlendemain, 20 avril 1900.

A ce moment l'état est plus mauvais encore; les vomissements ont cessé, il est vrai, mais le facies est plus mauvais, plus anxieux, la respiration rapide. Le ballonnement et la douleur sont plus marqués encore. La température, la veille au soir, s'est élevée à 39°2; le matin de l'opération elle est à 38°6. Le pouls, petit, rapide, dépasse 120.

Opération. — La veille et le matin de l'opération, 250 grammes de

sérum artificiel ont été injectés. La malade est endormie au chloroforme.

L'incision du péritoine pariétal donne issue à une certaine quantité de liquide ascitique rougeâtre, puis découvre un énorme kyste à la paroi, friable, prête à se rompre, de coloration rouge foncé. La poche est très adhérente, surtout en arrière et sur les côtés, à l'épiploon, à l'anse sigmoïde, aux parois du pelvis.

La ponction donne issue à 14 litres de liquide fortement mélangé de sang; les dernières ponctions ont le caractère de sang à peu près pur. Le détachement des adhérences, toutes très vasculaires, surtout les adhérences épiploïques, rend l'opération assez laborieuse.

Enfin le kyste est extrait hors du ventre et le pédicule apparaît plusieurs fois tordu sur lui-même (à cinq ou six tours), noirâtre, étranglé. La circulation y est totalement interrompue.

Les adhérences de nouvelle formation de la paroi du kyste, très vasculaires, ont seules assuré la nutrition du kyste et empêché des accidents encore plus graves.

Je draine avec un gros drain combiné à un tamponnement à la Mikulicz placé au fond du bassin pour arrêter un peu de suintement sanguin.

L'opération a été longue : une heure dix. La malade s'est médiocrement comportée vers la fin de l'opération. On lui fait à nouveau du sérum, puis de l'éther, de la caféine; elle est entourée de boules chaudes.

Le soir, le pouls est à 130, la température à 36°8, l'aspect peu rassurant.

Au bout de vingt-quatre heures, l'état devient un peu meilleur, la température remonte à 38 degrés, 38°5, le pouls s'abaisse à 120.

Pendant quatre jours, les injections de sérum sont continuées, l'issue reste douteuse. Des vomissements se sont prolongés pendant quarante-huit heures. Enlèvement de la mèche le troisième jour. A partir du cinquième jour, l'état va s'améliorant, la guérison est complète au bout de sept semaines.

Dans la poche, il n'existait aucun produit permettant de faire croire à un kyste dermoïde. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Au résumé, le mariage et la grossesse aussitôt survenue ont produit la torsion du pédicule d'un kyste dont l'existence était restée ignorée. La torsion a été brusque et complète; la malade a failli succomber en raison des retards apportés à l'intervention. La formation d'adhérences vasculaires a seule permis au kyste de ne pas se gangrener ou se rompre. L'hémorragie intrakystique a été très abondante. La grossesse a été interrompue du fait des accidents de torsion et de péritonite consécutive.

La malade n'a pas été revue depuis les six mois qui ont suivi sa guérison.

Obs. II. — *Grossesse et kyste de l'ovaire. Torsion lente du pédicule. Laparotomie. Guérison et continuation de la grossesse.*

Mme R..., vingt-six ans, mariée depuis quatre ans, a été réglée normalement à partir de quinze ans. Elle n'a jamais eu depuis son mariage le moindre début de grossesse, n'a jamais souffert du ventre jusqu'à il y a un an. C'est une nerveuse qui présente quelques troubles de colite mucomembraneuse.

Depuis un an, elle a commencé à s'apercevoir que son ventre grossissait, en même temps à chaque période menstruelle se déclaraient dans le ventre des douleurs aiguës nécessitant le repos au lit pendant quelques jours; à deux ou trois reprises, il y a eu de véritables petites crises péritonéales s'accompagnant de vomissements bilieux. En même temps la figure s'altérait. Il y a quatre mois, Mme R..., a consulté un chirurgien des hôpitaux de Paris qui a porté le diagnostic de kyste de l'ovaire, *kyste probablement dermoïde*, et a conseillé l'intervention. La malade rentre chez elle très effrayée et hésitante.

Deux mois mois après, Mme R...présente les signes non équivoques de début d'une grossesse : suppression des règles, troubles réflexes, etc.

Le 18 septembre 1901, au moment où la grossesse atteint environ deux mois, Mme R... est prise brusquement de douleurs péritonéales très aiguës s'accompagnant de tendance à la syncope, de ballonnement du ventre d'accélération du pouls et d'une élévation très minime de température, 37°6 à 37°8.

La crise, au dire de la malade, est analogue à celles déjà éprouvées à des époques menstruelles, mais cette fois l'intensité des douleurs est beaucoup plus grande, le palper du ventre est très douloureux, il y a de véritables phénomènes de péritonite avec vomissements verdâtres pendant quarante-huit heures.

Un médecin appelé prescrit de la glace sur le ventre et l'ingestion d'un peu seulement de champagne frappé.

Le 12 septembre je fus appelé près de la malade; la température atteint 38°2, le pouls 108, les douleurs sont encore très vives, il n'y a que très peu de ballonnement peu de constipation, plus de vomissements.

Les commémoratifs sont très nets : Mme R..., atteinte de kyste de l'ovaire dûment diagnostiqué a commencé, une grossesse il y a deux mois.

La tumeur assez volumineuse est facilement délimitée par le palper, le toucher confirme la coexistence de la grossesse et du kyste.

L'utérus ne présente aucun symptôme de travail abortif, le col reste fermé.

Les accidents actuels résultent évidemment d'une complication survenue du côté du kyste : le diagnostic de torsion du pédicule paraît s'imposer.

La malade transportée à ma clinique est opérée le 16 septembre au matin.

Entre temps l'état s'est amélioré; la crise paraît presque terminée.

L'opération est entièrement facile, une incision de médiocre longueur permet après ponction l'ablation du kyste qui contenait 2 litres et demi environ de liquide un peu hématique. Quelques adhérences

antérieures à la paroi existent seules. La paroi du kyste est de teinte violacée.

Le pédicule long et grêle est tordu sur son axe à un tour et demi. L'arrêt de la circulation n'est qu'incomplet.

Le kyste s'est développé à gauche; annexes droites saines. L'utérus gravide n'est l'objet d'aucune manœuvre. Les suites opératoires sont très simples. La grossesse continue et Mme R... accouche à terme d'un garçon vivant.

L'examen macroscopique et microscopique de la pièce ne révèle aucun élément dermoïde. La torsion incomplète n'avait amené aucun trouble dans la vitalité des tissus.

Il n'est guère douteux qu'il s'agit d'une torsion progressive ayant évolué en plusieurs fois d'abord à l'occasion des époques, puis de manière plus aiguë au deuxième mois de la grossesse. Cette crise elle-même se serait très vraisemblablement terminée sans autre accident, mais très probablement aussi de nouveaux phénomènes de torsion se seraient vite déclarés.

Obs. III. — *Kyste de l'ovaire et grossesse. Torsion du pédicule. Ovariotomie. Avortement et guérison.*

Mme A..., vingt-deux ans, de Couture (Loir-et-Cher), mariée depuis quatre mois, n'a pas eu ses règles depuis cette date. Elle-même est une campagnarde robuste, sans antécédents morbides, réglée à partir de quatorze ans.

Le 2 avril 1903, elle est prise brusquement, à la suite d'un bal de noces, d'une douleur dans le ventre, aiguë, atroce, avec menaces syncopales.

Puis, à ces phénomènes de début, succèdent très rapidement des vomissements verdâtres, du balonnement du ventre, de la constipation, la sensibilité du ventre à la moindre pression.

Deux médecins appelés jugent la situation grave et constatent, en même temps que des modifications de l'utérus, augmenté de volume, à col ramolli, la présence d'une volumineuse tumeur siégant à gauche, très haut, jusque au niveau de la rate.

Le température s'est progressivement élevée, bientôt elle atteint 39 degrés; le pouls oscille autour de 120. Bref, les phénomènes de péritonite vont croissant.

Je vois la malade le 8 avril et prescrit le transport à Tours. Le 10, la malade est amenée à la maison de santé.

La glace en permanence sur le ventre a provoqué une atténuation réelle des accidents. La malade est plus calme, souffre moins. La température est à 38°2. Le pouls est à 108. Les vomissements ont disparu, le ventre reste aussi balonné, la pression à gauche aussi douloureuse.

Examen. — Le palper permet de constater :

1° A droite, l'existence d'une tumeur s'élevant dans la fosse iliaque, que le toucher combiné reconnaît être l'utérus. Le col est mou, augmenté de volume. Le corps arrondi, é stique, donne la sensation d'un utérus gravide de trois mois.

2° A gauche, l'existence d'une tumeur très haut située, plongeant sous la rate et les fausses côtes. Cette tumeur paraît fixée; il est impossible de préciser ses limites à droite et en bas. Le toucher ne l'atteint pas. Elle est nettement distincte de l'utérus.

La malade interrogée n'avait jamais rien remarqué d'anormal avant le début de la grossesse actuelle. Le ventre était un peu gros.

Il n'y a guère que deux diagnostics possibles : grossesse et kyste de l'ovaire à pédicule tordu; grossesse extra-utérine coexistant peut-être avec une grossesse normale et interrompue par une hémorragie intra-kystique.

Comme je viens d'opérer deux grossesses tubaires, dont l'une six semaines après un accouchement à terme en dépit des signes nets de grossesse intra-utérine, en dépit de la situation étonnamment haute de la tumeur extra-utérine, signes qui sont en faveur du kyste et de la grossesse concomitante, je reste indécis entre les deux hypothèses.

Opération. — Le 11 avril au matin, je pratique l'intervention. La laparotomie découvre un kyste de l'ovaire contenant 6 litres de liquide séro-sanguinolent. La paroi en est noirâtre, friable. Le pédicule un peu grêle, très long, est tordu sur lui-même à deux tours. Le kyste est gauche, ne plonge pas du tout dans le bassin et reste très éloigné de de l'utérus gravide qui apparaît en latéroversion droite. Il n'existe que deux adhérences péritonéales récentes et à la paroi seule. L'appendice complètement déplacé entraîné à gauche de la ligne antérieure, large de 8 centimètres, fait partie aussi d'une adhérence et semble enflammé. J'en pratique la résection. L'utérus et les annexes droites ne sont pas touchés.

L'opération a été rapide et facile, les suites immédiates sont bonnes. Température : le soir, 37°8. Pouls, 108. Le lendemain matin, la malade fait une fausse couche de trois mois au moins. Je dois faire l'extraction du placenta retenu en entier dans l'utérus.

La température pendant deux jours encore s'est élevée à 37°6.

Le pouls a été à 120 le jour de la fausse couche, puis est retombé le lendemain à 108.

La guérison s'est effectuée complètement en trois semaines. Aucun drainage n'avait été fait.

La poche ne contenait aucun élément dermoïde, mais l'examen histologique pratiqué a permis d'attribuer cette origine au kyste.

Actuellement, Mme X... est enceinte de six ou sept mois; la grossesse évolue normalement, ainsi qu'elle a eu soin de me l'apprendre.

Dans ces observations l'avortement qui a précédé la première intervention et qui a suivi la troisième est un incident sans importance.

Il n'est pas étonnant qu'il soit survenu étant donnée la gravité des symptômes observés et qui, du fait de la fièvre et des vomissements, pouvaient parfaitement faire croire à une péritonite.

Mais le point intéressant est celui qui a trait à la cause de la

torsion. M. Lapeyre pense, avec Freund, que l'augmentation de volume de l'utérus doit être incriminée.

Je me demande vraiment s'il en peut être ainsi, et s'il ne faut pas voir dans la grossesse une simple coïncidence.

Il m'est, en effet, bien difficile d'admettre qu'un utérus gravide de deux à trois mois puisse imprimer à un kyste comme celui de la première observation qui contenait 14 litres des mouvements suffisants pour produire la torsion de son pédicule, et surtout une torsion de 5 ou 6 tours, tout à fait exceptionnelle, d'ailleurs. Un utérus de deux mois n'est pas bien gros auprès d'un pareil kyste qui doit être, de par son volume, calé de tous côtés dans le ventre.

Il en est de même pour le troisième kyste, qui contenait 6 litres; il me paraît encore un peu gros pour être sérieusement influencé par un utérus gravide de proportions encore restreintes, d'autant plus que ce kyste présentait encore une torsion considérable (deux tours environ). Un utérus en se développant et en repoussant un kyste pourra, je le veux bien, lui faire faire un quart de tour, un demi-tour tout au plus. Davantage, cela n'est pas possible.

Bien plus, l'utérus augmentant de volume, doit contribuer à comprimer le kyste enfermé dans un abdomen déjà trop étroit, et à empêcher la torsion plutôt qu'à la provoquer.

Je crois donc que nous ne devons pas accepter sans discussion cette théorie pathogénique. Si des kystes de l'ovaire se tordent pendant la grossesse, c'est malgré elle, et non à cause d'elle.

C'est la seule objection que je ferai à M. Lapeyre. Pour le reste, ses observations sont intéressantes, elles témoignent chez leur auteur d'un esprit de décision que je ne saurais trop approuver, et qui dans les circonstances actuelles a sauvé certainement la vie de deux femmes, et peut-être de trois.

Je vous propose donc d'adresser à M. Lapeyre nos félicitations.

Communication.

Ablation de l'utérus en vase clos dans les cas de fibromes gangrenés,

par M. le Dr E. ROCHARD.

L'hystérectomie dans les cas de fibromes gangrenés est, à cause de l'infection péritonéale, assez meurtrière. Pour se mettre en garde contre cette infection, il suffit d'enlever l'utérus en vase clos de façon qu'aucun germe ne puisse inoculer le péritoine. C'est ce qu'il est facile de réaliser en extirpant l'utérus avec une partie du vagin et en maintenant le vagin fermé. Il suffit pour ce faire de placer quatre pinces en L sur le conduit vaginal, et de sectionner ce conduit entre les deux pinces supérieures isolant la matrice et les deux pinces inférieures isolant le vagin.

C'est ce que j'ai pu réaliser dans deux cas dont je donne les observations plus loin, en suivant la technique suivante :

Après laparotomie, section des deux ligaments larges et des utérines entre deux pinces, puis section du péritoine sur la face antérieure de l'utérus et décollement de la vessie.

Ce décollement de la vessie doit être pratiqué avec attention pour ne pas l'ouvrir, surtout dans les cas où cette vessie est attirée en haut par le fibrome. Ce décollement doit être poursuivi très bas afin de pouvoir sectionner le vagin au-dessous du col.

Il faut ensuite sectionner le péritoine sur la face postérieure de l'utérus, le décoller, couper les ligaments utéro-sacrés qui empêchent l'ascension de l'utérus, et libérer le vagin en arrière comme on l'a libéré en avant. Sur les côtés, il faut dégager complètement le dôme vaginal en ayant bien soin d'écarter les uretères, et cela fait, saisissant entre le pouce et les doigts de la main gauche la partie supérieure du vagin à travers lequel on sent le col utérin, placer, au ras de ce col, deux pinces coudées en L, l'une à droite, l'autre à gauche, qui, se rejoignant sur le milieu, bouchent complètement toute communication de l'utérus avec l'extérieur. Deux autres pinces semblables sont placées un centimètre plus bas, parallèlement aux premières; elles oblitèrent complètement le conduit vaginal.

La section du vagin est faite au bistouri entre les deux rangées de pinces, et l'utérus enlevé en vase clos avec le dôme vaginal sans la moindre contamination du petit bassin.

Un surjet au catgut est alors placé sur la tranche vaginale, et les pinces enlevées au fur et à mesure de l'achèvement du surjet; le vagin est ainsi fermé, et les liquides qu'il contient ne peuvent plus infecter le péritoine.

Après ligature des utérines, des utéro-ovariennes, extirpation des annexes, si elles n'ont pu être enlevées avec le fibrome, on procède à la péritonisation du petit bassin, et l'on termine par la suture de la paroi avec drainage de l'abdomen.

Comme je l'ai dit, j'ai eu l'occasion tout dernièrement d'exécuter deux fois ce procédé. Voici le résumé de ces deux observations :

Fibrome utérin gangrené. Extirpation de l'utérus en vase clos à l'aide des pinces en L. Guérison.

Mme M..., âgée de soixante ans, entre dans mon service, présentant de sérieuses métrorragies. Elle a eu deux enfants et n'a plus ses règles depuis l'âge de cinquante-cinq ans. Il y a un an, sans trouble fonctionnel aucun, elle a vu son ventre augmenter de volume et s'est aperçue de la présence d'une grosseur siégeant principalement du côté gauche.

Vers la fin d'avril 1904, apparaissent, pour la première fois, des pertes sanguines qui augmentent et la décident à entrer à l'hôpital Tenon le 30 mai.

L'état général est assez bon quoiqu'elle ait maigri et qu'elle soit fatiguée par ses métrorragies. A peine couchée, salle Richard-Wallace, un état fébrile se déclare, si bien que le surlendemain de son entrée à l'hôpital, le thermomètre marque 39 degrés.

A l'examen on constate un volumineux fibrome dépassant l'ombilic assez mobile sans annexite concomitante. Il existe par le vagin un écoulement d'un liquide sanieux, sanguinolent, d'odeur absolument putride. Au spéculum on constate dans l'utérus la présence d'un fibrome sphacélé.

Malgré des pansements répétés et un nettoyage aussi bien fait que possible de la cavité utérine, les phénomènes infectieux s'accentuent et la température s'étant élevée à 40 degrés je décide d'intervenir.

Opération le 3 juin 1904, par le procédé indiqué plus haut; mais je n'ai que deux pinces en L à ma disposition. Je les applique donc sur le vagin au-dessous du col et estimant que pendant les manœuvres opératoires le fibrome exprimé par les pressions, a dû laisser s'écouler une grande quantité de produits septiques dans le vagin, je garnis le petit bassin de compresses stérilisées, et d'un coup de bistouri rapide j'enlève l'utérus en sectionnant le vagin au-dessus des pinces qui continuent à obturer le conduit vaginal. Suture du vagin au catgut. Mais je m'aperçois que la vessie pendant les manœuvres de décollement a été légèrement blessée, je pratique sur la plaie vésicale 3 rangées de suture au catgut. Hémostase des utérines, des utéro-ovariennes. Péritonisation. Fermeture de l'abdomen et drainage du petit bassin. Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Les suites opératoires furent régulières pendant les deux premiers jours, le troisième jour la température commença à monter et à arriver à 38 degrés. La sonde à demeure étant mal tolérée avait donné de la cystite à la malade et le septième jour il se fit un petit écoule-

ment d'urine par le drain. Le trajet du drain s'infecta et il y eut même un peu d'œdème des membres inférieurs, œdème passager du reste. Enfin, petit à petit la fistule se ferma et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie.

Polype fibreux utérin à gros pédicule sphacélé. Extirpation de l'utérus en vase clos à l'aide des pinces en L. Guérison.

M[me] X... cinquante-cinq ans entre dans mon service de l'hôpital Tenon le 4 juin 1904 pour des pertes séro-sanguinolentes datant de cinq à six semaines. Pas d'antécédents particuliers à signaler. La malade accuse seulement des coliques « à se rouler par terre ». A la palpation je constate un utérus assez gros un peu bosselé et assez mobile. L'exploration vaginale montre un col dilaté permettant de sentir un gros polype dont on fait facilement le tour, mais dont il est impossible de sentir le point d'implantation.

L'extrémité de ce polype est sphacélée, et donne lieu à un écoulement purulent d'odeur assez forte. La malade a un peu de fièvre et la température varie entre 38 degrés, 38°4.

Opération le 22 juin par le procédé que j'ai indiqué plus haut. Le décollement du dôme vaginal se fait sans difficulté. Les quatre pinces en L sont placées et le vagin sectionné, sans qu'une goutte de liquide septique vienne souiller le champ opératoire. Le vagin est fermé au catgut et après ligature des artères utérines et des utéro-ovariennes, je suture le péritoine, puis je ferme la paroi avec une suture à trois plans après avoir placé un drain dont l'extrémité plonge dans le petit bassin.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le drain est enlevé le deuxième jour; pas un moment le thermomètre ne monta à 38 degrés et aujourd'hui la malade est complètement guérie.

Ce procédé, avec quelques modifications, n'est autre que celui décrit par Carle (de Turin) au Congrès international de Rome 1894 et par Goullioud (de Lyon) au Congrès français de Chirurgie de 1896. Ces chirurgiens le préconisaient dans toutes les hystérectomies totales, Carle ne mettant qu'une pince courbe sur le vagin sans se préoccuper des sécrétions internes; tandis que Goullioud sectionnait le vagin entre deux pinces courbes, isolant ainsi l'utérus; mais il ne suturait pas le vagin et drainait par ce conduit l'espace laissé libre entre le péritoine refait du petit bassin et la section vaginale.

Jonnesco, au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique tenu à Rome en septembre 1902, utilise le procédé de Goullioud, dans le traitement chirurgical du cancer de l'utérus par la voie haute. Il sectionne le vagin entre deux pinces courbes placées de droite à gauche, mais après l'évidement complet du petit bassin il enlève la pince qui fermait le vagin et draine ce conduit, après quoi il péritonise.

Wertheim (1) avait avant Jonnesco repris le procédé de Goullioud pour le cancer de l'utérus. Il place quatre pinces coudées pour isoler l'utérus et le vagin, deux supérieures se rejoignant, deux inférieures faisant de même et il sectionne le vagin entre les deux rangées de pinces ; mais il draine aussi le petit bassin par le vagin en enlevant les deux pinces inférieures. Ces pinces dites de Wertheim par Jayle dans un récent article de *La Presse médicale* (6 juillet 1904) ne sont que les pinces employées par Goullioud, mais modifiées.

Goullioud dit en effet (2) : « J'ai reconnu quand le vagin est court et caché sous le pubis la nécessité de pinces coudées en L, à mors longs si possible de 7 centimètres qui peuvent pincer toute la largeur du vagin aplati. » Wertheim les a fait construire plus courtes et en place deux au lieu d'une, l'une à droite l'autre à gauche, ce qui rend leur emploi beaucoup plus facile. C'est ce modèle que j'ai employé et, de fait, il est très commode.

Ces différents chirurgiens se sont servis de ce procédé qui a pour but d'empêcher les sécrétions utérines ou vaginales d'inoculer le péritoine, soit dans le cas de fibrome ordinaire, soit dans le cas d'épithélioma du col de l'utérus. Je l'ai employé pour ma part dans le cas de fibromes gangrénés où il est de grande importance d'éviter toute souillure du ventre par des produits sphacelés éminemment septiques et il m'a donné de bons résultats ; c'est pourquoi je me permets de le recommander quand il sera possible, c'est-à-dire dans le cas où le col ne sera pas trop augmenté de volume par la présence d'un fibrome.

Laryngectomie totale. Larynx et Glotte artificiels,

par MM. PIERRE SEBILEAU et DELAIR.

Voici le malade que l'un de nous a déjà présenté à la Société de Chirurgie, au mois de mai dernier.

L'état général et l'état local se sont maintenus excellents. Le malade présente une restauration fonctionnelle tout à fait satisfaisante et déglutit avec aisance les liquides et les solides.

Nous lui avons appliqué, depuis que vous l'avez, pour la première fois, examiné, un larynx, ou, plutôt, une glotte artificielle.

Chacun de vous connaît le larynx artificiel de Cl. Martin (de Lyon), issu d'une combinaison des larynx de Gussenbauer, Bruns, Wolff.

(1) *Arch. f. Gynéc.*, 1900.
(2) *Loco citato.*

C'est une pièce en caoutchouc durci dont le propre est d'occuper la place de l'organe enlevé; elle est donc profonde, sous-tégumentaire; elle s'étend, sous la cicatrice cervicale, de la trachée à la bouche. Proprement, c'est une sorte de boîte conique dont la base, supérieure, est oblitérée obliquement par un grillage métallique qui s'oppose à l'introduction des aliments dans l'intérieur de la boîte et, d'autre part, permet la propagation, dans le pharynx et la bouche, des vibrations qui se produisent sur l'anche renfermée dans la boîte. A la partie inférieure est placé un tube métallique qui est articulé grâce à la grenouillère imaginée par Bruns, et qui est percé d'un trou transversal pour l'introduction d'une canule trachéale. A l'intérieur, verticalement et en face de l'orifice d'arrivée de l'air, est placée l'anche vibrante. Cette anche, en tube de caoutchouc mou et mince, est maintenue par une cage métallique et rectangulaire ; l'air expiré s'y engoufre et son passage fait vibrer l'anche de caoutchouc; le son est ensuite transformé en mots articulés par les organes secondaires de la phonation. Enfin un tube ovale, long de 25 millimètres environ, se branche à la partie inférieure et postérieure de l'appareil et, selon l'expression de Cl. Martin, « ce conduit, placé à cheval sur l'éperon trachéo-œsophagien, descend dans l'œsophage ».

Ainsi le porteur de cet appareil peut à la fois respirer, parler et déglutir. Les aliments solides glissent sur la grille oblique et pénètrent dans l'œsophage; les liquides peuvent quelque peu la traverser mais s'écoulent sur l'anche verticale conique et viennent retomber dans l'œsophage par le tube inférieur.

Cet ingénieux appareil de Martin ne pouvait pas trouver ici son indication. Il nécessite, en effet, l'application, après la laryngectomie, d'un appareil provisoire qui, pendant le travail de cicatrice, fait sa place, son nid, dans le champ du traumatisme ; enfin, il comporte la création d'une fissure trachéale destinée à recevoir, au-dessous de la section trachéale résultant de l'extirpation laryngée, une canule de trachéotomie; mais, il nécessite surtout une communication œsophago-trachéale par où puisse pénétrer dans l'œsophage, en s'appuyant par son éperon sur le bord supérieur de la trachée, l'ergot de l'appareil, véritable conducteur des liquides.

L'appareil de Cl. Martin était donc inapplicable ici sans une nouvelle intervention qui eût compromis tout le résultat, et, sans doute, fût demeurée stérile.

Il fallait donc imaginer un appareil qui permît au patient de parler et ne troublât pas la déglutition; et cet appareil, il fallait encore pouvoir l'appliquer sans pratiquer aucune intervention chirurgicale nouvelle.

Sur les indications générales fournies par le chirurgien, le pro-

thésiste construisit (et le mérite lui revient tout entier) l'appareil que vous allez examiner et dont vous allez apprécier le fonctionnement. C'est une sorte de glotte artificielle dont le principe a été inspiré par le simple appeau qu'emploient les oiseleurs. L'appareil se compose de trois éléments : un externe, la boîte à clapet trachéal; deux intra-buccaux, la pièce palatine et la glotte artificielle.

La boîte à clapet est en argent fin, elle est rectangulaire et renferme hermétiquement un clapet en caoutchouc extra-mince; à sa paroi postérieure est soudé un tube de 13 millimètres s'emboîtant exactement dans la canule placée dans l'orifice de la trachée; en face, c'est-à-dire à la paroi antérieure, est ménagée une ouverture rectangulaire, derrière laquelle se trouve tendu, en rideau, le clapet de caoutchouc; la partie supérieure est terminée par un tube cylindrique de 7 millimètres de diamètre pour la sortie et le refoulement de l'air dans la pièce palatine. Au fond de la boîte, un petit bouchon rectangulaire à charnières facilite le nettoyage; enfin deux autres bouchons latéraux permettent l'introduction du clapet et de son support ainsi que le vissage des deux boulons d'arrêt.

On conçoit facilement le fonctionnement de cet appareil. A chaque inspiration, l'air soulève le clapet tendu verticalement en avant de la boîte et envahit la trachée et les poumons. A l'expiration, le clapet, repoussé par l'air, obture hermétiquement l'ouverture antérieure et ce dernier vient ressortir par l'orifice supérieur. De celui-ci, part un tube de caoutchouc de 5 millimètres de grosseur, qui contourne le menton, passe dans la barbe, et pénètre par la commissure des lèvres dans la bouche où il s'adapte à la pièce palatine.

L'appareil palatin est en or. Il est formé de deux plaques de 15 millimètres de largeur, soudées ensemble sur leurs bords. Entre ces deux plaques est ménagé un vide de 8 millimètres de largeur; sur le milieu de cet espace, les plaques sont écartées en hauteur de 2 millimètres. C'est, en somme, une sorte de tube très aplati. Ce tube est appliqué transversalement contre la voûte palatine immédiatement au-dessous de la portion aponévrotique du voile. La pièce est maintenue en place par quatre anneaux d'or soudés à la plaque, à droite sur les deux prémolaires restantes, à gauche sur la seconde prémolaire et la sconde grosse. De chaque côté manque la molaire de six ans. Il en résulte deux vides qui sont utilisés pour le passage des deux extrémités de l'appareil creux qui se termine cylindriquement au niveau de la face jugale des dents voisines, extrémités qui ont subi un filetage de 6 millimètres de longueur sur 5 millimètres de diamètre.

Sur ce filetage vient se visser un coude de métal de 1 centi-

mètre de longueur. C'est sur ce coude articulé, grâce au taraudage, que vient obliquement s'adapter l'extrémité du tube d'arrivée de l'air. A la partie postérieure de l'appareil une ouverture ovale de 10 millimètres de long sur 2 de large est ménagée pour la sortie du souffle. On conçoit maintenant que l'air expiré et refoulé par le tube dans la plaque creuse vienne ressortir avec pression par cette petite issue.

C'est à cette ouverture que se fixe l'appeau de caoutchouc. Cet appeau est constitué par un tuteur en forme de croissant mince en or; il est enveloppé d'un tronçon de tube de caoutchouc extrêmement mince. A la partie postérieure est soudé un tube ovale de 3 millimètres de longueur et de 9 de diamètre pour l'emboîtage de la pièce dans l'ouverture correspondante ménagée à l'arrière de la plaque palatine. L'appeau qui est piriforme, a 22 millimètres de large et 20 millimètres de long. Les deux branches du tuteur écartent l'appeau de caoutchouc dont les deux lèvres restent intimement accolées, ainsi d'ailleurs que le tube de caoutchouc tout entier.

Que le souffle soit projeté par l'opéré dans l'appareil, avec plus ou moins de puissance, les deux lamelles de caoutchouc s'écartent plus ou moins, et leur bord libre, agissant comme une véritable corde vocale, se met à vibrer au passage de l'air qui entre en vibration à son tour.

Ce phénomène se produit sur la ligne médiane du voile du palais, immédiatement en avant de la luette. L'ouverture de l'appeau est donc placée et obliquement en arrière du voile du palais. Ainsi le son produit est projeté du côté du pharynx.

Ce qui permet à l'ensemble des organes accessoires de la phonation (pharynx, fosses nasales, cavum) de joer leur rôle dans la genèse du timbre vocal.

Cependant, cet appareil, très simple en principe, ne fonctionnerait encore que très imparfaitement s'il ne lui était appliqué un petit perfectionnement. Pour que l'appeau ne soit pas comprimé entre le voile et la langue, un dispositif spécial a été imaginé. C'est une plaquette mince autour de laquelle est soudé un fil rond qui en rend le contact plus doux à la muqueuse. Un petit ressort de caoutchouc lui imprime des mouvements d'élévation et d'abaissement qui se produisent en même temps que ceux du voile. Cet isolateur est de 2 millimètres plus large que l'appeau. Au-dessous de celui-ci, deux tiges parallèles vissées sur l'appareil palatin soutiennent une petite grille de métal qui empêche la langue d'entrer en contact avec l'extrémité de l'appeau, c'est-à-dire de la glotte artificielle.

Présentation de malade.

Extractions de balles de revolver, après localisation, par l'appareil de Contremoulin.

M. Routier. — J'ai l'honneur de vous présenter deux malades chez lesquels j'ai pu aller grâce à la localisation qu'en avait faite M. Contremoulin, chercher deux balles très profondes, pour lesquelles la radiographie eût été certainement insuffisante.

Ce jeune homme s'était tiré un coup de feu à bout portant le 2 février 1904. Porté dans mon service, il fut d'abord très malade et j'eus grand peine à le guérir d'un hémothorax abondant.

Le 22 avril, M. Contremoulin localisa la balle qui se trouvait entre la 11e et la 12e côte, très profonde, près de la colonne vertébrale.

Par une incision dorsale, grâce au compas de M. Contremoulin j'ai pu le 23 avril aller chercher cette balle sans tâtonner.

Le jeune homme est guéri.

Pour le second cas c'était plus difficile encore, à cause de la corpulence de la malade.

Il y a cinq ans, elle se tira à bout portant un coup de revolver dans la région sous-ombilicale, et de ce fait fut immédiatement laparotomisée par notre collègue Mauclaire : elle en a conservé une éventration.

Elle présentait une paraplégie qui dura quelque temps, mais elle conservait des douleurs telles qu'elle réclamait une intervention.

Vu son obésité, je fis une réserve; M. Contremoulin devait localiser le projectile, et je verrais si je devais entreprendre son extraction.

Le 14 mai 1904, M. Contremoulin détermina le siège de la balle, dans le voisinage de la colonne lombaire à 9 centimètres de profondeur.

Le 15 je procède à l'opération, je suis conduit sur une apophyse transverse, je la dépasse, je me porte en dedans, et j'enlève cette balle qui était enkystée sur le flanc de la colonne.

La malade est guérie et demande à ce que je pratique la cure de son éventration.

Ce sont deux faits nouveaux à ajouter aux faits déjà multiples de localisations par l'appareil de Contremoulin.

Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche, consécutive à une mastoïdite aiguë. Curettage du sinus sans ligature de la jugulaire. Guérison rapide.

M. Toubert. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un malade sur qui j'ai pratiqué avec succès un curettage du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire, pour une thrombophlébite de ce sinus consécutive à une mastoïdite aiguë.

L'histoire de ce malade est la suivante :

Duv... (Anatole), vingt-deux ans, soldat au 43e régiment d'infanterie, entre au Val-de-Grâce, le 4 juin dernier, dans le service de chirurgie spéciale, où je suppléais M. le professeur Chavasse. Son passé otologique est à peu près nul, sauf une poussée éphémère sur l'oreille droite, datant d'un an, et qu'on peut rétrospectivement diagnostiquer otite catarrhale.

C'est le 1er juin qu'a débuté l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital. Après quelques heures de vives douleurs auriculaires, une otite suppurée se déclare du côté droit, accompagnée d'une poussée fébrile (38 degrés). Le 3 juin, les mêmes phénomènes se produisent à gauche et la température atteint 39 degrés.

Le 4 juin, je constate à l'examen otoscopique à droite une large perforation, avec écoulement purulent abondant ; à gauche, la perforation est petite et le pus sort péniblement, animé de battements, ce qui me décide à faire séance tenante la paracentèse. La région prétragienne est douloureuse à droite ; à gauche, on note en outre de la douleur à la pointe de la mastoïde.

La température reste le 4 à 39°6 et 39°8, mais un mouvement de descente s'esquisse (39°2) le 5 au matin, c'est-à-dire le lendemain de la paracentèse. Malheureusement, dans la journée du 5, le thermomètre remonte, pour atteindre 40°8 le soir, en même temps que la mastoïde gauche devient le siège d'une douleur atroce, spontanée, exagérée par le frôlement et rendue intolérable par la pression même douce sur le squelette.

La trépanation d'urgence s'impose, bien que l'otite ne date que de deux jours. Elle est pratiquée le 6 au matin, avec l'assistance de M. le médecin aide-major Reverchon, chef de clinique. En quatre coups de ciseau, la corticale externe est enlevée et j'arrive dans du tissu spongieux, si mou que la curette suffit pour continuer l'opération jusqu'à l'antre, qui est trouvé au point classique ; sa muqueuse a l'aspect fongueux ; il renferme environ 1 centimètre cube de pus, où l'examen bactériologique a décelé ultérieurement la présence de streptocoques et surtout de pneumocoques. Les parois de la cavité antrale, qui mesure 1 centimètre dans tous les sens, sont dures partout : le stylet ne révèle pas le moindre point friable. Pansement aseptique.

Le soulagement est immédiat : le malade dort pendant l'après-midi

et la nuit, et la température, qui, le 6, était de 39°8 et de 40 degrés, descend le lendemain 7 à 38°5 et 39°3, puis le 8 à 37°6 et 38°6 et enfin reste le 9 et le 10 à 37°6, 37°5, 37°4, 37°5, ce qui permettait de considérer la guérison comme assurée.

Dans l'après-midi du 11, c'est-à-dire huit jours après le début de l'otite et six jours après celui de la mastoïdite, une ascension thermique subite de 3 degrés (37°4 le matin et 40°4 le soir) annonce l'apparition d'une complication. Le pansement est défait : la plaie évolue normalement, le drainage du pus se fait bien par le conduit auditif et par l'antre. Un examen complet et attentif des divers viscères et appareils, l'inspection des membres ne révèlent rien d'anormal. L'état général est d'ailleurs bon; le malade ne souffre pas et dort bien. Le 12, survient un frisson de courte durée dans l'après-midi; la température reste élevée, 38°6 le matin, 40°2 le soir. Le 13, même état local et général, température 38°3 le matin et 40 degrés le soir, avec deux frissons très nets et le tableau classique de l'accès palustre.

Le diagnostic de pyohémie, qui n'était que probable la veille, s'affirme et une intervention nouvelle est décidée pour le lendemain matin. Mon diagnostic hésite entre une pyohémie par lésions diffuses à point de départ mastoïdien (foyers de cellulite épargnés par la première opération) et une pyohémie par phlébite du sinus latéral. J'élimine la méningite, en raison de l'intégrité de l'état général, de la marche de la température et de l'absence des signes objectifs classiques (raideur de la nuque, signe de Kernig, etc). Je n'ai pu à mon regret faire pratiquer la ponction lombaire et faire faire le cyto-diagnostic. Mon diagnostic n'était toutefois qu'un diagnostic de probabilité, en l'absence de signes de phlébite autres que les frissons et les oscillations thermiques. Rien d'anormal à l'examen ophtalmoscopique, pas le moindre flou papillaire, pas d'œdème mastoïdien, temporo-pariétal ou cervical; tout au plus un très léger empâtement dû aux ganglions les plus élevés de la chaîne carotidienne et non douloureux du reste.

Mon plan opératoire est d'une part d'abraser de parti pris toute la mastoïde accessible, afin de ne laisser aucune cellule aberrante, et d'autre part d'aller délibérément au sinus latéral pour me comporter ensuite suivant les indications.

Le 14 juin au matin, malgré un abaissement de la température à 39 degrés, l'opération est pratiquée. Une incision horizontale, perpendiculaire au milieu de l'incision de la trépanation, délimite un lambeau supérieur et un inférieur, qui sont ruginés pour mettre à découvert toute l'apophyse, de sa base à sa pointe et du conduit auditif jusqu'à la suture mastoïdo-occipitale. A l'aide d'une large gouge, l'os est abrasé par gros copeaux de haut en bas et d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'antre déjà ouvert soit sensiblement « de niveau » avec le reste de la brèche osseuse. Au cours de cette abrasion, j'ouvre une cellule pleine de pus, placée près de la pointe, assez loin de l'antre. Seuls, le bord postérieur du conduit et la corticale interne de la mastoïde sont conservés. La caisse et l'aditus sont respectés. Alors, à l'aide de coups de gouge tangentiels, je vais prudemment à la découverte du sinus, à

hauteur et en arrière de l'antre. Le sinus mis à nu, j'agrandis la brèche faite à la corticale interne jusqu'à ce qu'elle ait la largeur de la gouttière sigmoïde et la longueur de l'apophyse mastoïde; cette partie de l'opération est délicate, malgré la large abrasion osseuse préalablement faite; bien que je n'opère pas « au fond d'un puits », les pinces-gouges même petites mordent mal et le ciseau-gouge et le maillet ne peuvent gagner du terrain que peu à peu, à cause du risque des échappées.

Le sinus est de couleur jaune, avec quelques plaques bleuâtres : il ne bat pas, ni à l'œil, ni au doigt. Une ponction à la seringue Pravaz reste blanche. Je le fends alors prudemment, d'abord en long sur 3 centimètres de hauteur environ : la paroi est épaisse de 4 millimètres à peu près; la cavité contient un peu de sérosité, où l'examen a découvert ultérieurement du pneumocoque. Je fais une incision perpendiculaire à la première, en croix et, à la pince, avec le plus grand soin, j'enlève doucement les caillots : je ne puis arriver à déboucher le bout supérieur du vaisseau thrombosé et je n'insiste pas davantage; en bas, au contraire, dès le deuxième caillot retiré, je vois du sang noir apparaître et remplir, en une seconde, le fond de la cavité opératoire; je tamponne à la gaze aseptique l'angle inférieur de la plaie, et j'applique un bouillonné de gaze peu serré sur le reste de la brèche osseuse. Pas de sutures. Pas de drain. Pansement classique. L'opération, anesthésie et pansement compris, a duré trente minutes.

Le malade passe une bonne journée; il n'a pas de frissons dans l'après-midi, mais le thermomètre remonte à 40 degrés. L'amélioration continue et la température tombe à 39 degrés le 15, matin et soir. La courbe s'infléchit ensuite graduellement; du 16 au 20, elle descend à 37°6; le 25, elle arrive à 36°8 et ne remonte plus au-dessus de 37 degrés. Le pansement a dû être refait, d'abord quarante-huit heures après l'opération pour enlever le tamponnement, puis de deux en deux jours à cause d'un abondant écoulement séreux. Il n'y a pas eu d'hémorragie secondaire : le sinus s'est remis à battre le 17. Les pansements sont ensuite renouvelés de quatre en quatre, puis de six en six jours; le bourgeonnement marche vite, surtout sur les bords : la plaie est simplement touchée à l'eau oxygénée et pansée à la gaze aseptique. Le 26 juin, l'oreille droite a cessé de suppurer et le conduit auditif gauche commence à sécréter du cérumen. Le 30, l'otite est absolument guérie à gauche, et la plaie rétro-auriculaire est réduite aux dimensions d'une plaie de trépanation mastoïdienne ordinaire, c'est-à-dire d'une simple antrotomie.

A partir du 20, le malade a retrouvé un excellent appétit; il se lève et, le 23, il se promène dans le jardin de l'hôpital. Pansement de huit en huit jours. Le 16 juillet, la brèche opératoire est épidermisée.

Cette observation est intéressante, non pas tant à cause de la guérison, car les cas heureux se multiplient de plus en plus, qu'à cause de certaines particularités, sur lesquelles il convient de s'étendre plus spécialement.

1° *Au point de vue étiologique*, il est à noter comme un fait rare

que la thrombo-phlébite a succédé à une mastoïdite aiguë, qui, elle-même, était la suite d'une otite aiguë : c'est dans la grande majorité des cas, en effet, l'otite chronique qui donne lieu à cette complication endocranienne. La prédominance du pneumocoque dans le pus mastoïdien et sa présence exclusive dans le sinus thrombosé méritent également d'être signalées.

2° *Au point de vue de l'évolution clinique* de la maladie, nombre de points doivent retenir l'attention. D'abord, la rapidité d'allures est surprenante : la mastoïdite apparaît deux jours après le début de l'otite, et la thrombo-phlébite se manifeste six jours après le commencement de la mastoïdite. On connaît un certain nombre de cas de mastoïdite à début presque subit, et, moi-même, j'ai opéré, en juin 1900 (*Archives internationales de laryngologie*, etc., septembre 1900), deux mastoïdites aiguës, l'une à staphylocoques, l'autre à streptocoques, sur des malades dont le tympan n'était pas encore perforé, alors que, cependant, l'une de ces mastoïdes était véritablement disséquée par le pus, avec mise à nu du sinus latéral. Mais la thrombo-phlébite apparaissant six jours après la mastoïdite, et surtout cinq jours après une antrotomie qui avait largement drainé les cavités de l'oreille et avait été suivie d'une défervescence classique en lysis, voilà une évolution d'autant plus surprenante que la première et la deuxième opérations ont nettement permis de constater l'intégrité du squelette entre les parois de l'antre et celles du sinus. La rapidité de la guérison, c'est-à-dire la défervescence en une semaine, le retour précoce de l'appétit et des forces, la rapidité de réparation de la vaste brèche osseuse ne sont pas moins remarquables, également, dans cette observation.

3° *En ce qui concerne la symptomatologie et le diagnostic*, l'intégrité prolongée de l'état général est à signaler. Tous les classiques ont noté que les facultés intellectuelles chez ces malades restent intactes fort longtemps; mais la plupart des observateurs ont indiqué la céphalée, l'insomnie, la dépression générale, comme signes presque prémonitoires. Or mon malade avait l'habitus extérieur d'un homme bien portant, dormant bien, ne souffrant pas et mangeant peu, mais avec appétit. Les grands frissons suivis de sueurs profuses et les oscillations thermiques ont été les seuls signes objectifs constatés, et les divers autres symptômes décrits comme révélateurs des troubles de la circulation veineuse à la suite de la thrombo-phlébite du sinus ont tous fait défaut dans ce cas. La raison en est, à mon avis, que la plupart doivent être tardifs; le chirurgien doit donc savoir s'en passer, s'il veut faire un diagnostic précoce qui le conduise à une intervention d'autant plus efficace qu'elle sera plus hâtive.

4° *Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale*, cette observation vient à l'appui des idées aujourd'hui classiques. Si quelques faits absolument exceptionnels démontrent que la phlébite peut guérir seule ou après simple antrotomie, il ne se trouve plus de chirurgiens pour conseiller l'abstention à l'égard d'une thrombophlébite du sinus dûment diagnostiquée. Quant à la nature de l'intervention, tout le monde est d'accord sur la nécessité de traiter le sinus thrombosé et infecté comme un abcès, c'est-à-dire de l'inciser pour le drainer largement; le désaccord ne surgit que sur la question de la ligature complémentaire ou, plus exactement, préventive, de la jugulaire interne. Mon cas témoignerait en faveur de la non-ligature. Il ne m'appartient pas de prendre parti dans le débat toujours pendant pour ou contre la ligature, car je n'ai par devers moi que trois faits personnels. L'importante statistique de Körner, que je rapporte plus loin, ne permet du reste pas davantage de se prononcer. Personnellement, j'ai lié une fois la jugulaire, en juillet 1899, sur un malade dont l'observation a fait l'objet d'un rapport de M. Picqué (2 octobre 1901) : ce malade a succombé à la méningite qui accompagnait la thrombophlébite; une seconde fois, le 6 mars 1903, j'ai incisé et drainé, à hauteur du cartilage thyroïde, un phlébo-phlegmon consécutif à une phlébite du golfe de la jugulaire, qui avait apparu quelques jours après un évidement pétro-mastoïdien pour cholestéatome suppuré, suivi de curettage du sinus latéral thrombosé, pratiqué par M. le professeur Chavasse. Cette intervention a été suivie de guérison, bien que je n'aie pas lié la jugulaire en aval de la lésion, trouvant le caillot du bout inférieur suffisant pour tenir lieu de ligature.

A propos de la *technique de l'opération*, je signalerai deux points particuliers. D'abord, je crois utile d'insister sur la nécessité d'une abrasion étendue, très étendue, de la mastoïde, en largeur et en hauteur, même quand on ne fait pas l'atticotomie, comme dans mon cas où elle n'était nullement indiquée. En quelques coups de gouge, on pratique cette sorte de mastoïdectomie vite, bien et sans danger, si on est familiarisé avec l'anatomie de cette région; on met à découvert tous les groupes cellulaires, même aberrants, et on évite en outre d'opérer « au fond d'un puits », quand on arrive près de la corticale interne. Lombard a insisté sur l'importance de l'abrasion large, au Congrès d'otologie de 1900, et on se rallie de plus en plus aujourd'hui à ce *modus faciendi*, surtout pour les cas un peu complexes. Ultérieurement, cette vaste brèche se comble avec une facilité vraiment surprenante, quatre semaines dans mon cas. En second lieu, je crois utile d'employer, pour réséquer la paroi osseuse qui protège le sinus, c'est-à-dire pour

« disséquer » la gouttière sigmoïde, d'employer un instrument autre que les pinces-gouges ordinaires actuellement en usage, qui sont presque toutes trop larges pour s'insinuer partout et agir avec précision au gré de l'opérateur.

Je vous présente un instrument que j'ai le regret de n'avoir pas utilisé dans mon cas et qui me paraît appelé à rendre dans les opérations mastoïdiennes en général et l'antro-atticotomie en particulier les services que l'instrument de Dahlgren rend dans les opérations craniennes. Il est, je crois, peu répandu en France et j'en dois la connaissance à mon collègue et ami le Dr Claoué (de Bordeaux) ; cet instrument a été inventé par Citelli et il est d'un usage courant à la clinique de Gradenigo (de Turin). La partie coupante a la forme et les dimensions de la partie terminale du protecteur de Stacke, ce qui lui permet de s'insinuer là où ne passent pas les pinces-gouges.

Aux divers points de vue que je viens d'énumérer, j'ai pensé que la présentation de ce malade et l'histoire de son affection pourraient ne pas être sans intérêt et apporter une contribution utile à l'histoire d'une affection des plus graves, dont la chirurgie actuelle a le devoir d'améliorer de plus en plus le pronostic ; elle n'y réussira qu'à la condition d'agir vite, car, suivant la formule employée par M. Broca dans son *Précis de chirurgie cérébrale*, « *c'est dans la rapidité du diagnostic et de l'intervention qu'est le secret des belles statistiques...* ». Cette conclusion est, du reste, corroborée par la statistique la plus importante qui ait paru sur la question, celle de Körner (1) (portant sur 308 cas), qui démontre que la proportion de guérisons est à peu près la même, quelle que soit l'opération pratiquée : ainsi, l'ouverture, du sinus sans ligature de la jugulaire a donné 58,3 p. 100 de succès ; la même opération précédée de ligature de la veine a donné 59,6 p. 100 et suivie de la ligature 55,9 p. 100.

M. Pierre Sebileau. — L'observation de M. Toubert est fort intéressante. Il est rare que la thrombo-phlébite du sinus latéral se développe avec une pareille rapidité. Notre collègue a saisi rapidement les indications opératoires ; son malade n'a qu'à s'en féliciter. Les grands frissons ont, d'ailleurs, dans le diagnostic des complications veineuses des suppurations de la caisse une importance de premier ordre.

M. Toubert nous a dit qu'il avait ouvert toute la mastoïde et

(1) Otto Körner. *Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter*, 1902, 3e édition.

que, dans le cas particulier, il avait eu à s'en louer. C'est ma pratique courante. Dans toute trépanation mastoïdienne, je fais une large brèche, et j'effrondre la corticale sur toute ou presque toute l'étendue de l'apophyse. C'est là une conduite systématique, mais je dois dire que, même si l'expérience ne m'en avait pas démontré la nécessité presque constante, j'y serais, dans tous les cas, conduit par les lésions que je découvre et que je suis dans la nécessité de poursuivre pour faire une bonne intervention. Il n'est, pour ainsi dire, pas de mastoïdite ou je ne trouve des lésions de la pointe et une coulée d'ostéite conduisant de l'antre à cette pointe. C'est une chose que je me plais à répéter à mes élèves. Et ces lésions d'ostéite, de cellulite étendue, ces suppurations éloignées de l'antre, constituent un fait si commun ; elles commandent d'une manière si évidente la trépanation large ; elles sont en si formelle contradiction avec toute idée d'opération économique, que les traiter par une simple antrotomie serait un non sens. J'ai fait, depuis trois ans, une grande quantité de trépanations mastoïdiennes ; je ne me rappelle pas avoir vu, depuis longtemps, un seul cas où l'ouverture antrale simple eût été suffisante. J'en arrive presque aujourd'hui à penser et à dire que les cas dans lesquels, au cours de l'intervention, on ne trouve rien autre chose que du pus dans l'antre et pour lesquels l'antrotomie simple paraît suffisante à l'opérateur et est suivie de guérison, sont des cas où cette guérison serait survenue sans opération. Pour quiconque a bien appris à connaître les indications de la trépanation mastoïdienne et s'est fait de la chose une expérience prolongée, l'ouverture antrale apparaît comme une opération ou inutile ou tout à fait insuffisante. C'est l'intervention de ceux qui, en tout bien tout honneur, naturellement, mettent trop de hâte à prendre la gouge et le maillet. Je ne voudrais pas laisser croire que mon ardeur chirurgicale est en passe de sombrer dans les eaux dormantes d'une pratique trop spéciale. Mais je suis bien obligé de dire que plus j'observe de mastoïdites, plus je deviens circonspect dans l'étude des indications opératoires qui leur sont applicables. Il n'est pas de malades qui, souffrant d'une suppuration aiguë de la caisse, n'aient cliniquement une réaction infectieuse de l'antre ; cette réaction se traduit en général par de la douleur spontanée, de la douleur provoquée, un peu d'élévation thermique, une plus grande abondance de la suppuration. Cela ne justifie en rien l'antrotomie ; qu'on assure le bon drainage par la caisse ; qu'on fasse une désinfection sérieuse et continue par le conduit et tout rentre dans l'ordre pour un nombre considérable de cas. Mais cela est une notion courante et, pour ce qui concerne la pratique de mon service, nous n'hospitalisons même pas les malades qui se trou-

vent dans de pareilles conditions. Ce qui est moins connu, c'est que tous ces signes d'antrite peuvent arriver encore à prendre de l'intensité, que la douleur peut s'affirmer, que l'infection mastoïdienne peut se préciser, qu'on peut même observer un certain degré de gonflement, que dis-je, même un peu de réaction tégumentaire et que, malgré tout cela, la guérison peut survenir sans intervention chirurgicale. En dehors des très nombreux malades que j'ai, sans retard, trépanés sur des indications opératoires formelles, j'ai reçu, dans le cours de cette année, pour les mettre en observation, mais avec la conviction qu'ils seraient trépanés à brève échéance, plus d'une douzaine de malades atteints d'antro-mastoïdite ; quelques-uns, parmi eux, m'étaient adressés par des spécialistes ou par des confrères expérimentés pour être opérés d'urgence ; tous, sauf un seul que j'ai dû opérer après quelques jours d'expectation, ont guéri spontanément.

Mieux que cela : dans ces malades se trouvait une femme qu'à plusieurs reprises mes élèves m'avaient pressé d'opérer ; après avoir différé plus d'une semaine, je me décidai enfin devant la persistance des symptômes et la netteté des indications. En entrant dans la salle d'opération la malade eut une syncope ; puis, quelques minutes après, une crise d'hystéro-épilepsie. Je fus obligé de remettre l'opération au lendemain. Mais le lendemain, il y avait déjà de l'amélioration et cette amélioration continua si bien que, quelques semaines plus tard, la malade quittait mon service tout à fait guérie.

Voilà pourquoi je dis qu'en dehors des cas où la nécessité opératoire est l'évidence même et où il faut agir sans retard, et ces cas sont, à l'hôpital, très nombreux, tant les malades tardent à se préoccuper de leur état, il faut, en matière de mastoïdite, savoir attendre et observer ; voilà aussi pourquoi je dis que, du jour où on opère, ce n'est pas une petite antrotomie qu'il faut faire, mais une large, une vaste trépanation mastoïdienne : c'est ainsi, mais ainsi seulement, qu'on évite ces fistules mastoïdiennes post-opératoires comme il m'en arrive un certain nombre à l'hôpital, lesquelles sont la suite des interventions insuffisantes et incomplètes et mettent les patients dans la nécessité de subir des opérations complémentaires.

Je puis, en conscience, avouer que je me reproche aujourd'hui d'avoir, autrefois, ouvert des mastoïdites qui, j'en ai la conviction, auraient guéri sans mon intervention : aussi, n'en dois-je mettre que plus d'ardeur à défendre une cause qu'une grande expérience m'a démontré bonne, que j'ai déjà soutenue l'an dernier à cette tribune, appuyé par mon ami Broca qui ne faisait du reste que confirmer ce qu'il avait écrit dans des publications

antérieures : ne pas opérer trop vite, mais quand on opère, opérer très largement et très complètement.

M. A. Broca. — Je partage tout à fait l'opinion de mon ami Sebileau et, comme il le rappelle, j'ai à plusieurs reprises depuis dix ans défendu la thèse qu'il soutient aujourd'hui. Il est bien entendu, n'est-ce pas, que tout ce qu'il a dit s'applique exclusivement aux antro-mastoïdites consécutives aux otites aiguës.

M. Pierre Sebileau. — Naturellement l'apparition de la mastoïdite au cours d'une suppuration chronique de la caisse a une tout autre signification. Si légère qu'elle soit, elle commande, l'intervention, et, dès lors, une intervention qui, dans la presque totalité des cas, ressortit à l'évidement pétro-mastoïdien.

M. Chavasse. — Je ne saurais partager absolument l'opinion de MM. Broca et Sebileau sur la nécessité d'évider de parti pris toute la mastoïde dans le cas de mastoïdite. Sur plus de cent opérations pratiquées chez l'adulte, je me suis toujours borné à l'ouverture de l'antre et des cellules infectées et les résultats ont été très satisfaisants, tant au point de vue thérapeutigue qu'au point de vue esthétique.

M. Pierre Sebileau. — Il faut bien s'entendre. Je ne veux pas dire qu'en pratiquant l'antrotomie simple on empêche les malades de guérir. La question est de savoir s'ils ne peuvent pas guérir sans cette antrotomie. M. Chavasse nous dit qu'il n'a jamais eu à se repentir d'avoir pratiqué cette opération économique. Cela est possible. Je comprends son sentiment puisque tout s'est bien terminé pour ses patients; mais je le répète : rien ne prouve que, tout naturellement, l'évolution des choses n'eût pas été aussi satisfaisante.

— La Société se réunit en comité secret.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1904

Présidence de M. Schwartz, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Félizet, qui retenu auprès de l'un de ses internes malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les avantages de la chloroformisation pratiquée avec l'appareil de Roth-Drœger-Guglielminetti.

M. Pierre Delbet. — J'ai fait apporter l'appareil que M. Guglielminetti a bien voulu me prêter et dont je me sers à la maison Dubois. Il tient dans cette boîte ; il est léger, facilement transportable : il suffit pour s'en servir de le visser sur une bombe d'oxygène, ce qui se fait en quelques secondes.

Vous pouvez voir qu'il se compose de deux parties : le vaporisateur de chloroforme et l'appareil d'inhalation qui sont estampillés Roth-Dræger d'une part, et d'autre part le détendeur et un mensurateur de pression qui sont estampillés Guglielminetti-Dræger. Ces deux parties sont réunies par une vis : elles sont construites en métaux différents, de sorte qu'au premier coup d'œil on voit ce qui revient aux divers inventeurs.

Comme je vous l'ai dit dans la dernière séance, je suis tout à fait d'accord avec mon maître, M. Kirmisson, sur les avantages de cet appareil.

Mon expérience est courte, puisqu'elle ne porte que sur trente-six narcoses. Je vous demande la permission de vous en indiquer très rapidement les résultats.

Comme l'a dit M. Kirmisson, il faut en général un peu plus de temps pour endormir les malades. Mais je suis très frappé de ce fait que la durée nécessaire pour arriver au sommeil est variable avec l'opérateur. Dans mon service, deux externes sont spécialement chargés de la narcose : l'un d'eux endort les malades en un temps qui varie de dix à dix-huit minutes, tandis qu'il suffit à l'autre de sept à dix minutes. Cette différence tient simplement à ce que l'un, plus craintif, augmente très lentement la dose de chloroforme, tandis que l'autre, plus audacieux, la porte plus vite au taux nécessaire. Dans les deux cas, la quantité d'oxygène reste la même : elle est réglée à 3 litres par minute suivant les indications que m'a données M. Guglielminetti.

D'après cela, il semble qu'on pourrait arriver à endormir avec l'appareil de Roth à peu près aussi vite qu'avec la compresse. En tout cas, la différence de durée n'est pas telle qu'elle puisse grever bien lourdement l'appareil.

La phase d'excitation est-elle supprimée ou diminuée par le mélange d'oxygène et de chloroforme? Je ne saurais le dire. En effet, depuis trois ans environ, je fais prendre à tous mes malades adultes 4 grammes de chloral, vingt minutes avant qu'on les endorme. Par cet artifice, dont je me trouve très bien, la période d'excitation est généralement supprimée, quelle que soit la manière dont on administre le chloroforme. Chez un malade qui a été opéré d'urgence dans mon service sans avoir pris de chloral, la période d'excitation a été assez vive, bien qu'on l'ait endormi avec l'appareil de Roth. Il ne me semble donc point que cet appareil ait une grande influence sur l'excitation. Mais encore une fois, je ne puis me prononcer sur ce point.

Il m'est également difficile de dire si on use moins de chloroforme avec l'appareil qu'avec la compresse. Cela m'est difficile et parce que je ne faisais pas noter exactement la quantité de chloroforme employée quand on se servait de la compresse et parce que la dose nécessaire varie considérablement avec chaque malade. Ainsi pour quatre opérations ayant nécessité tout compris (lavage de la région, acte opératoire et pansement) quarante-cinq minutes d'anesthésie, les doses de chloroforme employées ont été les suivantes :

1 hystérectomie abdominale pour fibrome. .	24	grammes.
1 appendicectomie	30	—
1 amputation du bras	36	—
1 opération de Whitehead.	37	—

Ainsi, pour des anesthésies de même durée, les quantités de chloroforme employées diffèrent de plus d'un tiers.

Mais il est parfaitement exact que par rapport au temps la quantité de chloroforme est d'autant moins considérable que l'anesthésie est plus longue. Cela tient à ce que la période de résolution étant atteinte, on peut la maintenir indéfiniment avec des doses très faibles.

Et le sommeil reste parfaitement régulier, sans secousse, sans à-coup. Nous connaissons tous ces malades chez qui la zone de tolérance est très étroite, qui sont sans cesse entre les efforts de vomissement du réveil et la menace de l'asphyxie. Je n'ai rien observé de tel depuis que je me sers de l'appareil en question. Tous les malades ont dormi d'une façon parfaitement régulière. Aucun ne nous a donné la moindre inquiétude; aucun n'a été soumis aux tractions de la langue. Tous ont conservé d'un bout à l'autre un visage frais et rose : il s'échappait de leurs vaisseaux ce sang vermeil qui rassure complètement le chirurgien, et non pas le sang violacé et noirâtre qui l'inquiète.

L'une de mes malades à qui j'ai fait l'amputation du sein droit avait subi trois mois avant l'amputation du sein gauche. Lors de la première opération, elle avait eu une syncope grave: il avait fallu lui faire de la respiration artificielle pendant plusieurs minutes. La seconde chloroformisation a été faite avec l'appareil de Roth, elle s'est passée sans le plus léger incident.

Chose assez remarquable, bien que les malades absorbent une quantité d'oxygène considérable, leur respiration, d'ailleurs parfaitement régulière, est en général assez rapide, et chez quelques-uns elle affecte un type presque exclusivement abdominal. Chez deux malades, qui étaient tous les deux obèses, ce type respiratoire était assez marqué pour gêner les opérations qui portaient sur l'abdomen. C'est là un inconvénient. Je ne sais s'il se produira fréquemment.

En général, les malades endormis avec l'appareil se réveillent plus rapidement que ceux qui sont endormis avec la compresse. Ils reprennent plus vite la plénitude de leurs facultés. Ce n'est pas là un avantage. Pour ma part, je préfère qu'après l'opération, les malades restent aussi longtemps que possible dans un état de vague inconscience qui estompe les premières douleurs.

Vomissent-ils moins? Je ne saurais le dire. Un de mes opérés (appendicectomie) avait été endormi antérieurement à la compresse pour un phlegmon du cou. Après cette première narcose, il avait eu des vomissements répétés et des malaises dont il conservait un atroce souvenir. Après la narcose avec l'appareil de Roth, il n'a eu ni vomissements, ni malaises. Mais je ne sais pas

s'il faut attribuer cet heureux résultat au mélange d'oxygène ou au chloral.

Je vous ai dit, Messieurs, ce que j'ai observé. Mes observations sont trop peu nombreuses pour que j'en puisse rien conclure. Mais quand on fait des expériences, avant d'arriver à la certitude, on passe par des impressions peut-être hâtives, dont la valeur est faible, mais non cependant nulle. Eh bien, l'impression que j'ai remportée de ma première campagne est une impression de sécurité, et si j'étais obligé actuellement de renoncer à l'usage de cet appareil, j'en serais fort ennuyé.

M. Berger. — La méthode de Roth basée sur l'emploi combiné de l'oxygène et du chloroforme me paraît bonne — mais je voudrais savoir ce qu'elle donne chez les alcooliques — car il me paraît incontestable que c'est cette catégorie d'opérés qui nous donne les plus grosses difficultés d'anesthésie. Ils sont pendant toute la durée de l'opération entre le réveil et l'asphyxie et je me demande comment on pourrait opérer ainsi sur la face et sur la bouche.

M. Pierre Delbet. — Il m'est difficile de répondre avec précision à M. Berger, car il n'est point aisé de mesurer exactement le degré d'alcoolisme d'un individu. Cependant la maison Dubois où j'ai mon service est fertile en alcooliques. J'avais assez fréquemment de ces malades dont parle M. Berger et chez qui la zone maniable est si étroite qu'ils sont toujours entre les vomissements du réveil et la syncope. Eh bien, depuis que je me sers de l'appareil de Roth, je n'ai rien observé de tel. Toutes les narcoses ont été parfaitement calmes. Je ne parle pas de la période d'excitation parfois si difficile à traverser chez les alcooliques, car le chloral la diminue ou la supprime.

M. Kirmisson. — L'appareil qui nous est présenté par M. Delbet ne diffère en rien de l'appareil de Roth; le fait d'indiquer sur le cadran le nombre des gouttes qui s'écoulent par minute, au lieu de le graduer par les lettres de l'alphabet, n'implique aucune modification dans le fonctionnement de l'appareil. Quant au détendeur de gaz, il est si bien le même dans les deux appareils que c'est justement sur le principe de ce détendeur que M. Guglielminetti élève ses revendications. L'appareil, dites-vous, est plus portatif; mais si j'avais démonté l'appareil de Roth et que je l'eusse débarrassé du tube d'oxygène, il aurait pu, comme celui-ci, être contenu dans une boîte de petit volume. Je le répète, il n'y a

donc aucune différence entre les deux appareils. Du reste, en ce qui me concerne, je n'ai absolument rien à revendiquer dans cette méthode, sinon que l'ayant vue fonctionner à l'étranger, très frappé de ses bons résultats, j'ai fait venir l'appareil et l'ai mis en expérimentation dans mon service, où, depuis le 20 décembre 1902, j'ai pratiqué avec son aide 320 chloroformisations.

Je suis très heureux que, de son côté, M. Delbet ait commencé à expérimenter l'appareil de Roth. Ses résultats, d'une manière générale, concordent avec les miens, et avec ceux qui ont été publiés de divers côtés. Je suis seulement frappé de la forte proportion de chloroforme qu'il a dû employer. Cela tient peut-être à la lenteur avec laquelle ses aides pratiquent la chloroformisation. En allant plus vite au début, je pense qu'il arrivera à diminuer la quantité de chloroforme employé.

M. Pierre Delbet. — La graduation en gouttes figure sur l'appareil de Roth-Drœger. M. Guglielminetti ne la revendique en rien.

Pour ce qui est de la quantité de chloroforme employée, je crois que M. Kirmisson a raison. C'est la lenteur de la narcose qui fait qu'on en a usé beaucoup chez nos malades. En effet, je vous ai dit que l'un de mes externes endormait les malades plus vite que l'autre. Je pense donc qu'avec plus d'expérience nous arriverons à user moins d'anesthésique.

Je me suis mal fait comprendre au sujet des vomissements. Je voulais uniquement parler de ceux qui se produisent après le réveil.

M. Potherat. — Messieurs, j'ai écouté avec la plus grande attention l'exposé si clair et si précis que nous a fait le professeur Kirmisson, de l'appareil de M. Roth; et comme vous tous, j'ai suivi avec le plus grand intérêt l'exposé des 310 cas d'anesthésie par le mélange de chloroforme et d'oxygène qu'il a pratiqués dans son service d'enfants depuis le 20 décembre 1902.

Les résultats que de son côté mon ami Pierre Delbet a obtenus par l'emploi de cette méthode chez l'adulte sont confirmatifs de ceux obtenus par M. Kirmisson chez les enfants.

Ces résultats sont en nombre assez grand, ils sont assez beaux pour justifier les conclusions de M. Kirmisson quand il nous dit que la « chloroformisation par l'appareil de Roth lui paraît constituer un immense progrès ».

Certes, je me garderai bien, pour plus d'un motif, de m'élever contre ces conclusions enthousiastes; M. Kirmisson m'objecterait avec beaucoup de raison qu'il a sur ce point une expérience qu'à

l'exemple de presque tous mes collègues je ne possède point encore, et que ses 310 faits, sans compter ceux de Delbet, sont là inattaquables.

Mais, je ne puis m'empêcher de faire remarquer à M. Kirmisson que l'appareil de Roth n'est pas très pratique, ou tout au moins qu'il est un peu encombrant. Si, à la rigueur, il est possible dans un grand service de chirurgie, où il trouvera un emplacement convenable, un emploi répété, un personnel exercé, des ressources en matériel et en particulier en provision d'oxygène suffisantes, il n'en sera plus de même dans la pratique en dehors de l'hôpital, quand elle ne se fera pas dans une maison de santé proprement dite.

Aussi est-il à présumer que longtemps encore la chloroformisation à l'aide d'un petit masque, d'une simple compresse ou d'un mouchoir de poche sera d'un usage plus courant qu'avec l'appareil de Roth.

Mais, et c'est là où je voulais en venir, la méthode de Roth, renouvelée des mélanges titrés de Paul Bert, a le grand avantage de comporter un enseignement pratique important dans l'administration du chloroforme. Elle donne la raison démonstrative, la réalité scientifique de notions un peu empiriques que connaissent bien tous ceux qui ont une véritable expérience *personnelle* de la chloroformisation par les méthodes habituelles, et plus spécialement par la méthode dite de Gosselin. J'ai essayé de mettre ces notions en relief dans la discussion qui eut lieu ici au mois de février 1902.

J'ai montré que la méthode la plus sûre était la méthode de Gosselin, méthode *intermittente* et *mixte* : mixte parce que le malade respire constamment un mélange de chloroforme et d'air, c'est-à-dire d'oxygène ; intermittente parce que de temps en temps, le malade étant bien endormi, on retire la compresse pour quelques minutes pendant lesquelles l'opéré ne respire que de l'air.

Sans doute, comme dans la méthode de Roth, il faut tout d'abord quelques minutes de plus pour obtenir l'anesthésie que par la méthode à *doses massives* ; mais, en somme, on obtient l'anesthésie encore rapidement et avec une quantité moindre de chloroforme, et sans période d'excitation violente le plus souvent.

Comme dans l'appareil de Roth, mais par un dosage évidemment bien moins scrupuleux, c'est par le chloroforme versé goutte à goutte, et en laissant constamment arriver de l'air, que le malade est maintenu en état d'anesthésie. Aussi la dépense de chloroforme est minime, 25 à 30 grammes de chloroforme par heure, chez l'adulte, disais-je. Ce chiffre se rapproche sensiblement de

ceux indiqués par M. Kirmisson, surtout si l'on tient compte de la différence d'âge.

Dans cette méthode lente et progressive, intermittente et mixte, les vomissements sont exceptionnels pendant la chloroformisation, ils sont rares et peu abondants après la chloroformisation.

Les malades se réveillent aisément et rapidement. Lorsque la méthode a été bien et dûment employée, si longue qu'ait été l'opération le malade s'éveille pendant le pansement, peut parler, et le plus souvent s'étonne que l'opération soit déjà faite.

Je ne dirai pas que les anesthésiés conservent tout le temps le teint rose et coloré que nous signale M. Kirmisson ; il convient de tenir compte de ce fait, que notre maître opère des enfants plus roses, dont le système cardio-vasculaire n'a encore subi aucune atteinte, et que ses opérations sont le plus souvent de courte durée ; mais ce que j'ai observé et ce que j'observe chaque jour, c'est que les malades anesthésiés par le mélange constant de chloroforme et d'air atmosphérique gardent une coloration naturelle, satisfaisante ; ils pâlissent un peu parfois, mais ne prennent pas ce teint cyanotique, blafard, blême, qui est constant chez les malades endormis avec des doses massives de chloroforme sans mélange.

Enfin je dirai, en terminant, que, par cette méthode lente et mixte, l'anesthésie marche bien régulièrement, et qu'on n'a point d'alertes, aucun ennui, pas de préoccupations, ainsi que le démontre péremptoirement une longue expérience.

Je dirai donc en terminant que l'appareil de Roth me paraît très ingénieux, qu'il peut être avantageusement employé partout où son application est possible. Mais il a à mes yeux un autre et très grand avantage, en ce sens qu'il démontre nettement que dans la chloroformisation avec nos moyens ordinaires, la méthode la plus simple, la plus douce, celle qui donne lieu aux moindres incidents ou accidents est celle qui consiste à procéder lentement, à n'employer que de petites doses de chloroforme, et à laisser simultanément arriver aux voies respiratoires, à la fois, l'agent anesthésique et l'air atmosphérique.

A propos des mastoïdites.

M. Chavasse. — Je désirerais ajouter quelques mots en réponse à M. Sebileau, au sujet de la discussion qui s'est engagée à la fin de la dernière séance sur la communication de M. Toubert. M. Sebileau se basant sur ce que j'ai pu obtenir des résultats très satisfaisants en me bornant dans mes interventions pour des endo-mastoïdites à la simple ouverture de l'antre et des cellules infectées, c'est-à-dire en ne faisant pas de parti pris l'évidement de toute l'apophyse, en a tiré cette déduction que mes malades auraient tout aussi bien pu guérir naturellement. Il m'est bien permis de retourner l'argument contre M. Sebileau et de lui faire remarquer que si mes interventions ont pu être économiques, c'est précisément parce que j'ai pris l'habitude d'agir de bonne heure, et j'ajouterai que la chose m'est d'autant plus facile que le plus souvent je puis suivre mes malades dès le début. Si après essai d'un traitement médical pendant quarante-huit heures, dans les cas d'endo-mastoïdites aiguës compliquant une otite moyenne aigüe chez l'adulte homme, l'affection ne semble pas arrêtée dans son évolution, si la douleur persiste vive à la pression sur la région de l'antre et si spontanée elle empêche le sommeil, j'interviens et je crois encore de mon devoir d'intervenir.

J'ai été amené progressivement par l'expérience acquise à ne pas trop temporiser en présence d'une mastoïdite aiguë confirmée chez l'adulte. Dans les commencements de ma pratique otologique il m'est arrivé d'attendre parfois même un peu longuement et lorsque je me décidais à agir, je trouvais alors des désordres étendus, des mastoïdes presque totalement évidées ou infiltrées par la suppuration, surtout si elles étaient du type diploétique, et parfois la cloison de séparation de l'antre et de la gouttière sigmoïde était partiellement détruite et le sinus latéral baignait dans le pus. C'est à la suite de ces faits que je suis devenu partisan de l'intervention hâtive, dans les conditions que j'ai indiquées plus haut.

La guérison spontanée des mastoïdites est évidemment un fait bien connu, surtout chez les enfants.

J'ai eu l'occasion de voir guérir de mastoïdite bien confirmée seulement deux adultes sans opération, mais l'évolution était subaiguë et ne s'accompagnait pas de vives souffrances. Mais je me rappelle aussi un malade, qui ayant refusé de se laisser opérer, se réveilla un beau matin avec une paralysie faciale et se décida alors à une opération dont les suites furent heureusement satisfaisantes pour sa paralysie.

Cette question de l'évolution des mastoïdites non opérées a fait l'objet d'une intéressante communication de M. Molinié à la section d'otologie du Congrès international de médecine de 1900. Sur 73 cas de sa statistique, 18 (dont 9 de deux à dix-sept ans et 2 adultes) ont guéri sans intervention, 7 sont morts de leur affection mastoïdienne ou des complications auxquelles elle a donné lieu et 32 ont conservé des lésions chroniques diverses. En présence de ces résultats et de ceux que j'ai observés je persiste à rester partisan de l'intervention hâtive, jusqu'à ce que des statistiques étendues et très démonstratives m'entraînent à changer de conviction. Aussi je partage entièrement l'opinion de M. Molinié lorsqu'il dit : « Ce qui fera toujours l'infériorité de l'abstention et sera la tare de cette méthode, c'est l'inconstance de ses suites, laissant le médecin dans l'incertitude et le malade dans l'insécurité. »

Rapport.

De l'hépatite aiguë et son traitement chirurgical, par le Dr DENIS, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

Le Dr Denis, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople, nous a envoyé une observation fort intéressante et qui vient s'ajouter à celles qui ont été récemment apportées ici à propos du traitement des infections hépatiques.

Il s'agit d'un marin du stationnaire français à Constantinople, qui entra à l'hôpital avec des phénomènes d'infection hépatique grave, avec ictère, fièvre, douleur dans l'hypocondre, augmentation de volume du foie, bref tous les signes qui pouvaient faire croire à une hépatite aiguë ou suppurée.

Devant l'aggravation des symptômes, le 15 mai 1902, M. Denis pratiqua une laparotomie médiane, qui lui montra un foie volumineux et congestionné. Il fit dans l'épaisseur du parenchyme hépatique plusieurs ponctions, dans l'espoir de trouver une cavité purulente. Il ne trouva rien, et ne ramena que du sang. Il referma le ventre, et à son grand étonnement la température tomba immédiatement pour ne plus se relever. Le malade guérit.

Voici d'ailleurs l'observation :

Il s'agit d'un marin, à bord du stationnaire français *le Vautour*, entré le 8 mars 1902 à l'hôpital dans le service de médecine du Dr Euthy-

boule. Son père et sa mère sont bien portants. Son frère aussi, et on ne relève rien dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement il s'est toujours bien porté et ses malheurs ont commencé il y a un an environ pendant la campagne de Chine. Là, il a fait un séjour de dix mois à bord de *la Gironde*. Pendant six ou huit jours, il a eu un peu de fièvre et a commencé à souffrir dans l'hypocondre droit. Cependant il a pu continuer à faire son service; à son retour en France il a été pris pendant quelques jours d'une toux violente avec expectoration verdâtre, toux qui provoquait la douleur dans l'hypocondre droit.

Pendant la traversée de Marseille à Constantinople, la douleur est devenue plus forte sous forme d'accès qui étaient compliqués de vomissements. A bord du *Vautour* le quatrième jour de son arrivée, il fut pris d'une forte fièvre, 39°3, qui a duré cinq jours. Pendant ce temps il avait de la gêne de la respiration, une expectoration noirâtre et des douleurs à droite. Le 8 mars il entre à l'hôpital avec des phénomènes de congestion pulmonaire à la base droite, toux fréquente, expectoration sanguinolente, dyspnée. Dans toute la poitrine on entend des râles sibilants et ronflants, à la base droite, en arrière, une respiration soufflante, des râles sous-crépitants assez fins; de la matité à la base.

Quatre jours après, chute de température et absence de tout signe particulier.

Du 11 mars au 2 avril le malade reste apyrétique avec de temps en temps une petite hausse vespérale.

Vers la fin de cette période, au commencement d'avril, le malade se plaint d'une douleur très vive dans la région de l'hypocondre droit; la douleur est continuelle et augmente à la pression, surtout sur la face antérieure de la région hépatique et en particulier au niveau du muscle droit, qui est en état continuel de contracture et empêche de palper le foie, qui est au-dessous de lui. Cette douleur augmente encore pendant la toux et les fortes inspirations. Il se plaint aussi de souffrir spontanément au niveau de l'épaule droite.

Le malade reste dans cet état jusque vers le 12 avril, où il prend une légère teinte ictérique très nette. Les urines présentent la réaction biliaire. Les matières fécales ne sont pas décolorées, elles présentent seulement un aspect gris de fer avec des reflets rougeâtres, mais pas de sang. Le foie est volumineux surtout au niveau de son lobe gauche et la région présente une voussure manifeste. La matité descend à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes, la palpation est difficile à cause de la contracture musculaire, et le bord inférieur du foie tranchant n'est perceptible que très en dehors. En percutant en avant sur la région hépatique on réveille immédiatement une toux quinteuse et quelquefois du hoquet. Le hoquet survient aussi par crises spontanément. A ce moment la température augmente et oscille entre 39°5 et 38°5.

Le 21 avril on pratique dans l'épaisseur du foie et en plusieurs endroits, avec une longue aiguille, des ponctions exploratrices multiples mais sans aucun résultat.

Le 15 mai en présence de la continuation des mêmes symptômes, on se décide à faire une laparotomie exploratrice.

Incision sur la ligne médiane, on arrive sur le foie qui est gros, d'aspect congestionné et cendré. On fait encore dans son épaisseur quelques ponctions exploratrices, mais sans succès, et on renferme la paroi abdominale après avoir exploré la glande sous toutes ses faces. Chaque ponction exploratrice a retiré environ 1 centimètre cube de sang.

Après cette intervention, chute immédiate de la température, qui, après quelques oscillations, redescend à la normale.

Ce malade nous a donné depuis de ses nouvelles : il continuait, après être rentré en France, à se bien porter deux mois après l'intervention.

Cette observation pourrait être rangée à la suite de celles qui ont été apportées ici à propos de la communication de M. Mignon. M. Pierre Delbet en a relaté une absolument identique à celle de M. Denis, et il a vu, lui aussi, une malade dans un état fort grave guérir complètement à la suite de simples ponctions intra-hépatiques pratiquées au cours d'une laparotomie exploratrice. M. Denis en cite plusieurs comparables, en particulier de Remlinger, de Bérard, de Jaboulay.

Ces observations doivent à mon avis être séparées de celles, et qui sont nombreuses, où l'on a vu les phénomènes d'infection hépatique céder à une cholécystostomie, dans laquelle le drainage de la bile infectée permet d'entrevoir un mécanisme de guérison assez satisfaisant pour l'esprit. Il me semble que ces cas de guérison consécutive à des ponctions hépatiques sont plus comparables à ceux qui succèdent à une simple laparotomie exploratrice, comme Routier, comme Lucas-Championnière en ont signalés ici-même. Je pourrais citer le cas analogue d'une malade que mon ami le Dr Thoinot m'avait confiée il y a deux ans, lorsque j'avais l'honneur de remplacer M. Monod à l'hôpital Saint-Antoine. C'était une femme qui présentait de l'ictère, de la fièvre, des douleurs et qui avait en un mot tous les signes d'une infection hépatique d'origine calculeuse. La laparotomie me montra autour de la vésicule une masse d'aspect néoplasique si intimement unie au foie, à la vésicule et au duodénum que je me bornai à une simple exploration, convaincu que j'étais de l'existence d'un cancer. Je refermai le ventre, non sans drainer soigneusement ce foyer suspect. A ma grande surprise, et à celle de mon ami Thoinot, la fièvre tomba immédiatement, l'ictère disparut peu à peu et la malade sortit de l'hôpital guérie.

Mais ici, il me semble que le drainage du foyer peut être invoqué comme mécanisme de la guérison. On comprend fort bien qu'un magma inflammatoire, comme celui qui englobait ici la

vésicule et les parties voisines, puisse, grâce au drainage, trouver au dehors une sorte d'exutoire et se résorber peu à peu. Mais il n'y a rien d'analogue dans les cas de guérison à la suite d'une simple ponction du foie, et c'est se payer de mots que de dire que la saignée du foie le décongestionne et le met dans de meilleures conditions pour triompher spontanément de son infection, ou encore que la faible quantité de sang qui lui est enlevée permet d'enlever en même temps un certain nombre d'agents infectieux. Mieux vaut dire que nous ignorons le mécanisme de cette action, qui est indubitable, et enregistrer le fait pour nous en servir au besoin.

L'observation de M. Denis est donc un document important. Je vous propose de remercier son auteur de nous l'avoir envoyée.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Fauré a fait allusion à cet étudiant en médecine qui a guéri d'une grave affection du foie à la suite d'une laparotomie que je lui ai faite. Le cas est en effet fort intéressant puisqu'il s'agissait d'une angiocholite radiculaire diagnostiquée par notre collègue Chauffard non pas tout à fait pièces en mains, mais après examen du foie mis à découvert par l'opération.

J'ai deux autres cas d'affections hépatiques guéries à la suite d'interventions d'un caractère purement explorateur. Ils ont été publiés; je me borne à vous les rappeler.

Dans l'un il s'agissait d'un enfant qui avait un foie énorme descendant jusque dans la fosse iliaque, avec une ascite à reproduction rapide qui nécessitait des ponctions fréquentes. L'enfant était pâle, amaigri et paraissait devoir succomber très rapidement. Je fis le diagnostic de foie syphilitique. Là-dessus le médecin bondit, me déclarant que toute hypothèse était admissible sauf celle-là. Il connaissait toute la famille, le père, la mère, les autres enfants et affirmait qu'il ne pouvait être question de syphilis. J'eus le tort de céder devant ses affirmations et j'en vins à me demander s'il ne s'agissait pas d'un gros kyste hydatique. C'est pour cela que je fis la laparotomie. Je trouvai un foie bosselé, noueux, irrégulier; j'explorai l'épiploon gastro-hépatique, le pédicule du foie, il était rempli de ganglions. Convaincu qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, je refermai le ventre et j'annonçai à la famille que l'enfant était perdu. Huit jours après on me faisait savoir qu'il était transformé, qu'il demandait à se lever et que l'ascite ne s'était pas reproduite. J'écrivis pour demander ce qu'était devenu le foie. On me répondit qu'il diminuait rapidement de volume. Convaincu qu'il s'agissait de syphilis, je suppliai le médecin de mettre l'enfant au traitement. Il refusa. Le petit malade guérit complètement

et très vite, mais cinq à six mois après il avait une belle gomme sur le front.

Dans le troisième cas, il s agissait d'une femme de trente à trente-cinq ans qui présentait en même temps qu'une santé profondément troublée un foie très volumineux. Le côté droit presque exclusivement hypertrophié formait une grosse tumeur arrondie qui descendait jusque dans la fosse iliaque. Mon ami Courtois-Suffit, qui soignait la malade, pensa à un kyste hydatique. Je confirmai ce diagnostic et fis la laparotomie à la maison Dubois, où je remplaçais alors mon ami Walther. Le foie, énorme, était d'un jaune très pâle et ne renfermait aucune collection. Je refermai le ventre sans grand espoir. La malade a parfaitement guéri ; son foie a repris un volume normal et la guérison s'est maintenue ; j'ai pu le constater deux ans après.

Je me borne à vous rappeler ces faits, qui me paraissent intéressants, mais je me garderai bien de faire la moindre hypothèse sur le mécanisme de ces guérisons qui nous est tout à fait inconnu.

M. Lejars. — Je désirerais ajouter une observation à celles que vient de nous rapporter M. Delbet, une observation longtemps suivie, puisqu'il s'agit d'une malade que j'ai opérée, à l'Hôtel-Dieu, en 1892, et que j'ai maintes fois revue depuis. Elle était entrée à l'hôpital dans un état assez inquiétant, très amaigrie, avec un teint jaune paille ; le foie, très volumineux, dessinait au-dessous des fausses côtes un relief tri-saillant, un peu bosselé, très dur, siégeant au voisinage de la vésicule biliaire. Le ventre ouvert, je constatai une tumeur faisant corps avec le tissu hépatique, sans rapport avec la vésicule, de coloration gris-jaunâtre, et de consistance ligneuse; après avoir fait une légère tentative de décortication, je m'arrêtai et je laissai les choses en état, croyant à un néoplasme. J'ajoute qu'il n'y avait aucune trace de syphilis dans l'histoire de la malade. Or, à mon étonnement, l'opération fut suivie d'une amélioration rapide de la santé générale, qui ne tarda pas à se rétablir complètement ; la tumeur du foie se réduisit peu à peu et disparut en quelques mois. J'ai suivi cette femme pendant dix ans, sans qu'il se produisît aucun nouvel accident, lorsqu'il survint, au tibia gauche, une petite tumeur arrondie qui céda au traitement antisyphilitique. Il m'a donc été démontré que j'avais eu affaire, en réalité, à une gomme du foie, et, sans autre traitement, cette gomme avait disparu après une laparotomie purement exploratrice.

M. Michaux. — Je puis également rapporter un fait d'hépatite aiguë traitée par les ponctions intrahépatiques. Il s'agit d'une

malade chez laquelle je trouvai après laparotomie un foie volumineux nettement infecté et parsemé à sa surface de nombreux petits abcès miliaires. Mes ponctions capillaires intrahépatiques furent négatives; je fermai l'abdomen et je drainai. Mon opérée guérit, les accidents fébriles tombèrent peu à peu mais le foie est resté hypertrophié.

M. Paul Reynier. — Aux faits que viennent de rapporter MM. Delbet et Lejars, je voudrais ajouter une observation personnelle. Il y a à peu près dix ans, un jeune homme, qui est maintenant père de famille, venait me consulter pour une douleur siégeant à droite au-dessous du rebord de la cage thoracique, à trois travers de doigt en dehors du sternum. La pression à ce niveau était douloureuse, et on percevait une tuméfaction manifeste, rénitente qui me fit penser soit à un abcès sous-costal, soit à un abcès sous-phrénique. Le malade niait toute syphilis, tout au moins acquise; il ne toussait pas, et d'ailleurs sa santé s'est maintenue et aucun signe de bacillose ne s'est révélé depuis.

Je crus devoir intervenir. Mon incision me mena jusqu'au péritoine sans trouver aucun abcès costal. J'ouvris le péritoine, il n'y avait pas d'abcès sous-phrénique. Mais à ce niveau le foie présentait, sur sa face supérieure, une légère tuméfaction du volume d'une mandarine.

L'aspect du foie se différenciait sur ce point; il y avait une teinte blanchâtre, avec quelques fausses membranes semblant indiquer que là pouvait exister un abcès intrahépatique. Je ponctionnai à trois ou quatre reprises, et ne ramenai rien, et je refermai le ventre, pensant que je m'étais trouvé en présence de quelque adénome; comme je m'intéressais beaucoup à ce malade, j'en étais assez navré pour lui.

A ma grande surprise cette intervention fut suivie d'une guérison complète. La douleur et la tuméfaction disparurent. Le malade se guérit complètement, et cette guérison depuis dix ans s'étant maintenue, il est évident que mon diagnostic d'adénome n'était pas exact.

Mais que conclure de tous ces faits? Cette discussion nous montre seulement que nos connaissances cliniques au point de vue du foie sont encore incomplètes, mais que quelquefois une laparotomie exploratrice peut rendre service.

M. Tuffier. — Le fait qu'a rapporté M. Denis a trait à une hépatite aiguë, ceux qui viennent d'être ajoutés au bilan de la laparotomie dans les infections du foie ont trait à des néoplasmes,

à la syphilis ou à des causes inconnues. Je crois vraiment que si nous voulons arriver à mettre un peu de lumière dans cette discussion, il faudrait au moins séparer les affections franchement aiguës des infections chroniques syphilitiques ou autres et surtout des néoplasmes.

Je suis, pour ma part, intervenu par laparotomie, plusieurs fois, pour des hépatites aiguës, angiocholites plus ou moins profondes, et cela avec un succès variable. J'ai présent à l'esprit deux de ces faits. Le premier a trait à une femme d'environ quarante ans, que j'opérai, à la Pitié, pour une infection hépatique aiguë fébrile avec foie volumineux. La laparotomie me fit constater un gros foie légèrement granuleux, jaune brun, et à sa surface de nombreuses taches légèrement saillantes et constituées par autant de petits abcès miliaires. J'ouvris l'un d'eux avec la pointe d'un bistouri, il contenait du pus. Je refermai l'abdomen et ma malade guérit complètement, la fièvre tomba et le foie reprit à la percussion son volume normal. En revanche, je suis intervenu l'an dernier chez un malade, envoyé dans mon service de Beaujon par M. Debove; la laparotomie ne donna aucun résultat.

Pour ce qui est des altérations néoplasiques ou paraissant telles, voici un autre fait qui date de mon assistance à Beaujon, et qui est intéressant parce que j'ai revu la malade cette année même. Il s'agissait d'une femme dont le foie paraissait volumineux, irrégulier, granuleux ; la laparotomie me conduisit sur une glande hépatique à noyaux gris jaunâtres, que les médecins et moi-même considérâmes comme néoplasique. Je refermai l'abdomen et, à notre grande surprise, cette malade guérit, son foie reprit peu à peu son volume normal. Je ne puis vous dire si elle était ou non syphilitique.

Peut-on tirer quelques conclusions de ces faits et affirmer que la laparotomie a eu une action thérapeutique directe sur ces lésions? Je ne le crois pas. Je ne vois pas bien par quel processus une lésion aussi profonde, aussi généralisée qu'une angiocholite radiculaire peut être guérie par l'aération du péritoine ou un simple coup de trocart. Il ne faut pas oublier que ces affections hépatiques sont curables spontanément ou par le régime, ou par la diète, je crois qu'il faut plutôt chercher de ce côté que du côté de l'ouverture du péritoine.

M. Hartmann. — Je n'ai pas eu l'occasion d'intervenir dans des cas d'infection hépatique, mais puisque chacun de nous apporte ici des faits d'amélioration d'états hépatiques à la suite de la laparotomie, je puis vous présenter deux faits personnels.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'une femme de trente-six ans, avec état général bon, tuméfaction considérable du lobe droit du foie, nous faisant croire à un kyste hépatique. Le ventre ouvert, le foie nous parut simplement hypertrophié ; nous avons refermé le ventre. Le foie a diminué progressivement et repris ses dimensions normales. La malade est restée guérie, comme nous avons pu le constater, ayant eu l'occasion de la revoir à diverses reprises et à plusieurs années d'intervalle.

Dans le second, la malade, âgée de dix-sept ans, était dans un état cachectique ; en même temps qu'un peu d'ascite, on constatait un foie énorme, descendant jusque dans la fosse iliaque droite. Avec mon ami, le professeur Gilbert, je portai le diagnostic kyste hydatique. La laparotomie nous fit voir une masse grisâtre dans le lobe droit, masse qui simulait absolument un cancer. Je refermai le ventre, convaincu que la malade succomberait dans les six semaines. A mon grand étonnement il y eut une amélioration immédiate. Le foie est progressivement revenu sur lui-même et la guérison survint complète. S'agissait-il d'une syphilis hépatique? Je l'ignore. Toujours est-il que la guérison a suivi la laparotomie.

Ces faits sont difficiles à expliquer. S'agit-il d'une action réelle et par un mécanisme inconnu de la laparotomie? La diète absolue qui suit pendant vingt-quatre heures l'anesthésie, l'immobilité relative à laquelle les malades sont soumis pendant quinze à vingt jours entrent-elles pour une part dans les améliorations constatées? Je l'ignore. Toujours est-il qu'au point de vue pratique ces améliorations et même ces guérisons sont des faits aujourd'hui indéniables.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Tuffier à fait une distinction entre les affections néoplasiques et les affections inflammatoires. Cette distinction est sans doute excellente, mais je me demande à quoi il veut l'appliquer en ce moment. Parmi les cas qui viennent d'être cités, quels sont ceux qu'il rangera dans les néoplasmes? Est-ce le fait de notre collègue Reynier qui vient de dire qu'il s'agissait peut-être de syphilis? Est-ce celui de mon ami Lejars? est-ce le mien qui ressortissent nettement à la vérole? Peu importe d'ailleurs. On a cité des cas de néoplasmes ou au moins de tumeurs prises pour des néoplasmes qui ont été influencés par la laparotomie. Nous ne savons pas du tout si le mode d'action est identique ou différent suivant qu'il s'agit de néoplasmes ou d'inflammations puisque ce mode d'action nous est complètement inconnu.

Ce qui m'étonne, c'est qu'on discute cette action. Mon ami Hartmann se demandait si ce n'était pas le repos, l'immobilité, le

changement de régime qui amenait la guérison, et Tuffier plus affirmatif semblait dire que la laparotomie n'y était pour rien.

Vraiment, Messieurs, il me semble que dans certains cas il n'y a aucune place pour le doute.

Mon premier malade, l'étudiant en médecine, était alité depuis des semaines. Ce n'est donc pas le repos qui l'a guéri. Il ne prenait qu'un peu d'eau et de lait; il n'y a donc pas eu de changement de régime dans les jours qui ont suivi l'opération, et quand on voit la température, qui oscillait depuis des semaines entre 39 et 40 degrés, tomber le soir de l'opération autour de 37 degrés et ne plus se relever jusqu'à la guérison complète, comment ne pas attribuer ce résultat à l'opération lorsqu'il est bien avéré qu'il ne s'est fait aucune évacuation ni à la peau, ni par les bronches, ni par le tube digestif.

Mon second malade avait une ascite qui avait nécessité des ponctions rapprochées. A partir de l'opération, le liquide cesse de se reproduire, et le foie diminue rapidement de volume. Je sais bien qu'il s'agissait de syphilis. Mais est-ce que, en dehors de tout traitement spécifique, on a coutume de voir un foie syphilitique diminuer aussi rapidement et l'ascite cesser brusquement de se reproduire?

Non vraiment, l'action de la laparotomie, de l'aération, si vous voulez, ne saurait être mise en doute. Agit-elle en amenant des phénomènes congestifs, en provoquant de la phagocytose ou de toute autre façon, nous n'en savons rien. Mais parce que nous ignorons sa façon d'agir, ce n'est pas une raison pour nier son action.

M. Tuffier. — Je maintiens qu'il ne faut pas faire de la laparotomie un moyen efficace contre les infections hépatiques contre la syphilis du foie ou ses néoplasmes. Non seulement il faut séparer, si nous voulons donner une valeur scientifique à cette discussion, ces maladies absolument différentes, mais il serait même indispensable de connaître à quelle variété de chacune des infections aiguës si nombreuses du foie, nous avons affaire.

M. J.-L. Faure. — Je suis de l'avis de mon ami Delbet sur l'efficacité évidente de l'acte opératoire, quel que soit le mécanisme de cette efficacité. Il suffit de voir la courbe du malade du Dr Denis dont la température est tombée de 40 à 37 degrés, immédiatement après l'opération, pour se rendre compte de l'action manifeste de l'opération.

Quoi qu'il en soit, je constate que ces observations se multiplient ; qu'il s'agisse de tumeurs ou d'infections hépatiques, ou

encore de cas indéterminés, il n'en est pas moins vrai que les guérisons sont fréquentes et que nous devons tenir grand compte, dans les indications opératoires, du nombre relativement considérable de ces surprises heureuses.

— Les conclusions du rapport de M. Faure sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

Appareil pour les fractures de l'humérus et coussin liquide.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter au nom de mon élève et ami, Heitz-Boyer, un malade atteint de fracture de l'humérus.

Ce n'est pas sur la fracture, d'ailleurs assez banale, mais sur l'appareil, que je veux attirer votre attention.

Je vous ai présenté, il y a deux ou trois ans, un appareil destiné à réduire et à maintenir réduites les fractures de l'humérus. C'était par l'extension que j'arrivais à ce résultat et l'extension était réalisée au moyen d'un ressort. L'appareil que je vous ai montré alors avait été construit par le serrurier de l'hôpital de Bicêtre ; il était très grossier.

M. Heitz, comme vous le voyez, l'a notablement perfectionné. Il a fait construire des tubes-attelles qui sont charmants et très commodes. Une vis permet d'en régler la longueur sans faire appel à l'élasticité. Une autre vis se manœuvrant par un petit écrou permet de régler la tension du ressort. Par une fenêtre on peut voir et mesurer la longueur du ressort, ce qui permet de mesurer exactement l'extension, chaque raccourcissement du ressort d'un centimètre correspondant à une traction de deux kilos. Tout l'appareil est compris dans un tube qui permet de s'en servir comme point d'appui sans troubler en rien l'action du ressort.

Ce n'est pas là le seul perfectionnement que M. Heitz ait apporté à mon appareil. Il en a réalisé un autre et très important. Il est arrivé à appliquer son appareil en laissant libre et l'articulation de l'épaule et celle du coude. Il prend point d'appui en haut sur l'aisselle, en bas sur l'épicondyle et l'épitrochlée. Ce qui lui permet de prendre un point d'appui solide sur des saillies aussi peu considérable que l'épitrochlée et surtout l'épicondyle, ce sont les *coussins liquides* que je vous présente.

Ce sont tout simplement de petits matelas d'eau de forme variables. Celui qui est destiné à l'extrémité inférieure du bras se compose de deux petits sacs réunis par une lame de caoutchouc plein. On place les deux petits sacs au-dessus de l'épitrochlée et de l'épicondyle, la lame de caoutchouc contournant la face postérieure du bras, puis on applique un appareil plâtré moulant aussi exactement que possible la partie inférieure du bras et on inclut dans le plâtre deux petites pièces destinées à s'articuler avec l'appareil à extension. Lorsque le plâtre est séché, on injecte de l'eau dans les coussins. Bridés par l'appareil plâtré, ils ne peuvent se développer que du côté des parties molles, ils les dépriment et se moulent exactement sur les saillies osseuses qui doivent fournir les points d'appui.

Vous voyez que le malade peut exécuter des mouvements d'abduction du bras, et que son avant-bras peut faire des mouvements de pronation et de supination complets, et des mouvements de flexion et d'extension de plusieurs degrés. Il ne serait pas bon de donner plus d'étendue à ces derniers mouvements, car on ferait basculer le fragment inférieur de l'humérus.

Voici de nombreuses radiographies prises sur ce malade. Vous voyez que la réduction est devenue progressivement parfaite, et qu'actuellement elle ne laisse rien à désirer. Chaque fois on a fait une radiographie de face et une de profil, de sorte qu'il ne peut y avoir aucune cause d'erreur.

Les coussins liquides de M. Heitz ont d'autres applications très nombreuses. D'une manière générale ils permettent de prendre des points d'appui solides, de telle sorte qu'on puisse exercer des tractions considérables sans altérer les téguments.

Le coussin que voici s'applique sur le cou-de-pied. Lorsqu'il est en place, on applique une botte plâtrée, puis on le gonfle, et on peut ainsi exercer des tractions considérables sur la jambe sans déterminer de douleurs. Je vous présente un autre malade que M. Heitz a soigné d'une fracture de l'olécrane avec ses coussins. Vous pouvez voir que le résultat est excellent.

M. Tuffier. — Ce qui m'intéresse surtout dans ce fait de réduction d'une fracture de l'humérus, ce sont les radiographies. Elles démontrent qu'il n'existait pas de chevauchement, mais un simple déplacement latéral d'une fracture nettement transversale. Je crois que pour bien voir l'efficacité de l'appareil il faudra l'appliquer à des cas où le chevauchement des fragments est notable et n'est pas réductible immédiatement par simple traction.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Tuffier a oublié que j'ai pré-

senté ici même, il y a plus de deux ans, un malade qui avait un chevauchement considérable et chez lequel j'avais obtenu avec mon appareil primitif, grossier, une réduction parfaite.

Nous avons d'ailleurs d'autres cas. Je me rappelle entre autres celui d'un interne en pharmacie du service de M. Quénu. Il était soigné dans le service de M. Quénu avec tout le soin que vous pensez. On lui avait appliqué d'abord un appareil de M. Hennequin. La radiographie a montré que le chevauchement persistait. On lui fit un second appareil du même type; la radiographie montra que la réduction n'était pas meilleure. C'est alors que le malade fut confié à M. Heitz qui était interne du service. M. Quénu voulut bien lui permettre d'appliquer mon premier appareil qui a donné une très bonne réduction. Les radiographies l'ont prouvé.

J'ai même la bonne fortune de posséder une pièce que j'aurais pu apporter et sur laquelle vous auriez pu voir directement ce qu'on peut obtenir avec l'appareil à extension. Elle a été recueillie sur un vieillard de Bicêtre qui est mort peu de temps après sa facture. Je ne l'ai point apportée, la réservant pour une communication plus étendue que nous ferons plus tard.

Mon but aujourd'hui était surtout de vous montrer les coussins liquides de M. Heitz, de façon à lui permettre de prendre date.

Election.

Nomination d'un membre titulaire

Nombre des votants : 24. — Majorité : 13.

M. Rieffel	obtient :	20 voix.
M. Chevalier.	—	3 —
M. Villemin	—	1 —

En conséquence, M. Rieffel est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

La prochaine séance aura lieu le mercredi **5 octobre 1904.**

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1904

Présidence de M. G. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux derniers mois.

2°. — Un travail de M. Estor (de Montpellier) intitulé : *Scapulectomie pour ostéosarcome primitif de l'omoplate.*
— Le travail de M. Estor est renvoyé à une commission dont M. Picqué est nommé rapporteur.

3°. — Une lettre dans laquelle M. le D[r] Guglielminetti proteste contre « l'accusation » portée contre lui dans notre séance du 26 juillet dernier, et certifie qu'il n'a jamais « prétendu être l'inventeur de l'appareil Roth-Drœger ».

A propos de la correspondance.

M. Picqué dépose sur le bureau le tome III (année 1903) de la *Chirurgie des aliénés*, publié avec la collaboration de M. Dagonet.

M. le Président remercie M. Picqué au nom de la Société de Chirurgie.

Rapports.

Fracture oblique de l'humérus au niveau des tubérosités. Réduction sanglante, par M. Gaudier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille.

Rapport par M. PICQUÉ.

Il y a quelques semaines M. Gaudier vous a adressé une observation portant ce titre et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Voici d'abord l'observation : Elle me paraît assez intéressante pour vous être présentée dans sa totalité.

D... (Louis), quatorze ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur dans notre service de chirurgie infantile le 29 avril 1904. Il soutient le membre supérieur gauche de la main droite et raconte qu'en grimpant le long d'un mur à l'aide d'un fil de fer, il a fait une chute de 2 mètres de hauteur environ par suite de la rupture du fil. Il est tombé en arrière le coude gauche portant le premier sur le sol. Pas de douleur immédiate, mais les mouvements sont impossibles et le sujet s'est douté immédiatement qu'il avait le bras cassé.

A l'examen, il existe une ecchymose étendue de tout le moignon de l'épaule. Le membre semble à ce niveau élargi transversalement. A la partie antérieure, sous l'apophyse coracoïde, la peau adhérente est comme amincie; une crête osseuse transversale d'une largeur de 2 centimètres et demi la distend. Cette crête osseuse suit les mouvements de la diaphyse humérale, elle en représente l'extrémité supérieure. Dans la région deltoïdienne, sous l'acromion, on peut percevoir, non sans difficulté à cause de l'ecchymose, la tête articulaire qui n'est pas en continuité avec le corps de l'humérus, mais paraît occuper sa situation normale. Le diagnostic s'impose : fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus au niveau du col chirurgical, c'est-à-dire au-dessous des tubérosités ou peut-être un peu plus haut; tête articulaire en place, luxation du fragment *inférieur en avant et en dedans sous l'apophyse coracoïde*. Le fragment inférieur pour arriver sous la peau a dû embrocher la partie antérieure du deltoïde ou passer entre le deltoïde et le grand pectoral. La mensuration du bras accuse un raccourcissement de 2 centimètres environ. Les radiographies sont démonstratives : le fragment inférieur se superpose au fragment supérieur et il semble bien y avoir une ascension du fragment inférieur d'au moins 3 centimètres.

Un premier essai de réduction sous chloroforme ne donne aucun résultat; les manœuvres sont du reste génées par l'amincissement de

la peau qui fait craindre sa perforation. Le 30 avril sous chloroforme je fais une incision antérieure longue de 10 centimètres, portant à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, suivant le bord antérieur du deltoïde. L'incision pénètre immédiatement dans le foyer de fracture rempli de sang. Le nettoyage de la cavité permet de reconnaître l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui est venu se loger sous la peau en embrochant la partie antérieure du deltoïde. La périoste en est déchiré sur une étendue de 3 centimètres. Le fragment inférieur est basculé en avant ce qui permet d'arriver à l'épiphyse supérieure restée à sa place normale. La fracture est bien oblique : elle est dirigée d'avant en arrière et de haut en bas. *Elle passe en avant à 1 centimètre et demi au-dessous du col anatomique pour finir en arrière un peu au-dessus du col chirurgical.* La réduction par tractions et contre-extension est facilitée par l'introduction dans le foyer de fracture d'un élévateur analogue à celui de Tuffier et qui prenant point d'appui sur le fragment supérieur repousse en arrière et en bas le fragment inférieur. Celui-ci bascule bientôt et retrouve sa place dans un nid formé par le périoste intact à la partie postérieure.

Les deux fragments parfaitement réduits une griffe de Jaccoel assure la coaptation. Le périoste est suturé par-dessus les os fracturés, les muscles sont rapprochés au catgut, la peau est suturée au crin de Florence. Un petit drain est laissé à la partie postérieure du foyer de fracture. L'extension continue est appliquée jusqu'au premier pansement. Suites apyrétiques. Premier pansement le 3e jour pour enlever le drain. Le 8e jour ablation des crins. Pansement léger (la réunion est complète) et commencement de mobilisation à travers le pansement. Le 10e jour tout pansement est enlevé, le malade meut lui-même son articulation, le massage est fait très régulièrement et très adroitement.

Le résultat dès le 15e jour est excellent : l'enfant exécute tous les mouvements d'élévation et arrive à placer le bras derrière la tête. L'intégrité fonctionnelle peut être considérée comme complète.

Notre confrère pouvait présenter son opéré le vingtième jour à ses collègues de la Société de médecine du Nord.

Deux faits sont intéressants à signaler dans le cas de M. Gaudier : la variété de la fracture et le mode de traitement qui en dérive.

D'après la description même de Gaudier basée sur la radiographie et l'examen direct, le trait de fracture obliquement situé passe en arrière un peu au-dessus des tubérosités ; il semble que ce soit bien un type de la variété pertuberculaire de Kocher et non pas, comme semble le dire l'auteur, une fracture du col chirurgical dont le siège est plus bas et que ce chirurgien dans sa classification désigne d'ailleurs sous le nom de fracture sous-tuberculaire.

Quand on envisage le rapport des fragments on constate que le fragment inférieur s'est porté en avant et en dedans sous

l'apophyse coracoïde comme vous pouvez le voir sur les radiographies que je vous présente. Le deltoïde a dû, comme le dit M. Gaudier être embroché dans sa partie antérieure pour arriver sous la peau.

Ce déplacement des fragments, l'interposition musculaire qui résulte de l'embrochement du deltoïde, sont des faits classiques mais qu'il est toutefois intéressant de noter si l'on veut apprécier les résultats obtenus à la suite du traitement ordinaire et aussi la nécessité de recourir dans certains cas à l'intervention sanglante.

Certes, on doit, chaque fois qu'on se trouve en présence d'une variété semblable de fracture, recourir à la coaptation des fragments par manœuvre externe, et c'est du reste ce que fit tout d'abord notre confrère.

La radioscopie permet en outre de contrôler le résultat de ces manœuvres d'une façon quasi mathématique ; il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent échouer comme dans le cas actuel, parce que la brièveté du fragment supérieur d'une part, l'embrochement musculaire de l'autre, les rendent particulièrement délicates. Que voit-on dès lors? des guérisons par pseudarthroses ou par cal vicieux qui laissent à leurs suites une impotence plus ou moins complète du membre. Tel est le cas que M. Le Dentu présentait dans notre Société en 1876 et vous trouverez d'autre part dans le court et substantiel mémoire de notre collègue Lejars dans la *Revue de chirurgie* des cas de fractures anciennes du col chirurgical et des décollements épiphysaires ayant amené la formation de cal vicieux, pour lesquels l'intervention a produit entre ses mains habiles des résultats remarquables.

N'est-on pas amené de la sorte à penser qu'il est préférable dans les cas récents et ou les manœuvres de réduction ont échoué de recourir d'emblée à l'intervention sanglante comme dans le cas d'Helferich et celui de Lange, de New-York.

C'est la conclusion à laquelle était arrivé notre distingué collègue, et c'est la pratique qu'a brillamment suivie Gaudier dans le cas qu'il vous soumet.

Il convient de reconnaître que cette pratique a été jusqu'ici peu suivie en dehors des faits signalés et qui remontent à 1887 et 1889 Kocher dans son livre ne cite aucun cas récent dans lequel il intervint par la suture, et je ne trouve dans ce livre d'ailleurs si intéressant qu'un cas d'intervention sanglante pour une fracture pertuberculaire compliquée de luxation.

Cette question de la suture dans les fractures fermées récentes a donné lieu dans ces derniers temps à plusieurs discussions au sein de notre Société.

Sans vouloir en aucune façon me prononcer sur cette question

délicate, je crois cependant qu'il est des cas, où le siège et la variété justifient la suture immédiate. La fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacement semble rentrer dans cette catégorie, et c'est pourquoi j'ai tenu à analyser devant vous le cas si intéressant de M. Gaudier et à vous demander votre avis,

Messieurs, je vous propose de remercier M. Gaudier de son intéressante communication et de vous souvenir de son nom au moment des élections pour le titre de membre correspondant national de la *Société de chirurgie.*

Un nouveau procédé de cure de l'hypospadias balanique, par M. Gaudier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et Colle, prosecteur à la Faculté.

Rapport par M. PICQUÉ.

Il y a peu de temps que notre Société s'est occupée de la cure de l'hypospadias balanique et vous avez tous présent à l'esprit le travail de M. Villemin sur le procédé de von Hacker et le rapport de notre collègue Félizet.

Si ce procédé constitue un sérieux progrès sur les procédés anciens dans le traitement de cette affection restée jusqu'ici si rebelle à la thérapeutique, s'il mérite d'être appliqué dans la majorité des cas, il ne faudrait peut-être pas abandonner complètement les procédés qui consistent à refaire un canal aux dépens d'un demi-prépuce.

Si le procédé de transplantation de Wood donna entre les mains de son auteur des résultats douteux, Kœnig avait obtenu de meilleurs résultats en constituant une paroi inférieure à l'urètre glandaire aux dépens du prépuce par une véritable greffe à l'indienne.

Son procédé, vous le savez, comprenait trois temps : 1° Section dorsale et médiane du prépuce selon l'axe de la verge; 2° Section du prépuce perpendiculairement à l'axe de la verge au niveau de son insertion balanique, en gardant un pédicule au voisinage du frein ; 3° Bascule du lambeau en dessous et suture de ses bords de telle façon qu'il fait plancher à l'urètre balanique.

Le procédé que M. Gaudier nous soumet ressemble aux précédents quant à l'idée directrice; il n'en diffère que dans le mode d'exécution.

Ce procédé repose également sur l'emploi de lambeaux em-

pruntés au prépuce qui dans presque tous les cas d'hypospadias affecte la forme d'un large capuchon lâche et comme flétri. Ce capuchon, par ses bords latéraux, vient finir à la partie inférieure sur le pourtour de l'orifice urétral où il se continue avec la peau du fourreau. En voici la description.

Premier temps. — Le prépuce est étalé entre deux pinces qui en saisissent les deux angles; les ciseaux le coupent verticalement à droite puis à gauche, en suivant le profil du bord préputial, à un centimètre environ de ce bord, jusqu'au sillon balanique.

De cette façon deux lambeaux latéraux flottants, bien nourris par leur base, sont délimités. Ils affectent la forme de petites bandelettes prismatiques triangulaires, à trois faces par conséquent. L'une des faces est celle de la section, c'est la face cruentée. L'autre est la muqueuse préputiale. La troisième est cutanée.

Le segment préputial situé entre les deux lambeaux est réséqué (circoncision partielle).

Deuxième temps. — De chaque côté de l'ébauche urétrale, toujours marquée par un sillon longitudinal, avivement du gland.

La surface cruentée de notre lambeau préputial est amenée en contact avec la surface cruentée glandaire, et l'on suture la muqueuse préputiale à la muqueuse de l'ébauche urétrale, la peau du prépuce à la muqueuse du gland.

Le lambeau droit et le gauche sont successivement fixés dans cette situation.

Dès lors l'ébauche urétrale est bordée de chaque côté par deux lambeaux qui présentent leur surface muqueuse vers la lumière urétrale future.

Troisième temps. — Un bout de sonde est placé dans le sillon urétral. A l'aide des ciseaux on sépare la muqueuse préputiale de la face cutanée, très peu en profondeur, mais sur toute la longueur du lambeau.

a) La muqueuse du lambeau gauche est suturée à la muqueuse du lambeau droit. *b*) La peau du lambeau gauche est suturée à la peau du lambeau droit.

L'opération terminée, la partie absente de l'urètre est bien reconstituée aux dépens de lambeaux pris au prépuce. La muqueuse du prépuce devient celle de l'urètre nouveau. La face cutanée forme un véritable frein, qui, la rétraction aidant, n'offre rien de disgracieux ni de gênant.

A l'aide d'une seule retouche, M. Gaudier a obtenu un excellent résultat.

L'urètre obtenu était large, doublé de muqueuse dans toute son étendue et s'ouvrait au méat.

Communication.

Sur une variété d'incontinence nocturne d'urine,

par M. BAZY.

Nous connaissons une assez grande variété d'incontinences nocturnes d'urine ; tout d'abord on peut les observer, soit chez les puéri-adolescents, soit chez les adultes.

Chez les puéri-adolescents, une variété reconnaît pour cause *la paresse*, certains états psychiques, *une excitabilité* exagérée de la moelle par rapport à celle du cerveau, excitabilité médullaire qui a pour effet de faire contracter la vessie, alors que le cerveau ne peut réfréner le besoin et l'empêcher de se satisfaire.

Une autre variété est celle des épileptiques ; celle-ci appartient aussi à l'adulte.

Chez les puéri-adolescents et chez les adultes, on peut observer l'incontinence nocturne symptomatique du rétrécissement congénital, ainsi que j'ai eu l'honneur de l'indiquer ici même.

Une variété spéciale à l'adulte et au vieillard, c'est l'incontinence des rétrécis et celle des prostatiques ; en un mot, l'incontinence de ceux qui ne vident pas leur vessie.

Cette incontinence, quand elle s'observe chez un homme âgé, est tellement caractéristique que quand l'un d'entre eux vient nous voir pour se plaindre d'uriner au lit la nuit sans se sentir, nous pouvons diagnostiquer presque à coup sûr une stagnation d'urine dans la vessie : nous pouvons dire qu'il ne vide pas complètement sa vessie.

Un point intéressant dans cette incontinence, c'est qu'elle n'est pas toujours, bien s'en faut, symptomatique d'une vessie distendue ; ce n'est pas toujours de la miction par regorgement, car quelques-uns, et même un assez grand nombre de ces malades, n'ont qu'un résidu vésical relativement faible, 150 à 200 centimètres cubes, ce qui est loin des 2.000 et 2.500 (et même plus) centimètres cubes qu'on trouve dans beaucoup de vessies distendues.

J'attire l'attention sur ce point, qui va trouver son analogue dans la variété que je vais décrire.

L'incontinence nocturne peut s'observer aussi primitivement chez les rétrécis, mais chez ceux-ci l'incontinence est primitivement diurne, puis elle devient diurne et nocturne ; quelquefois, cependant, elle commence par être nocturne.

A côté de ces variétés, il faut en placer une autre ; c'est celle dont je vais parler : elle est symptomatique *de la pyélite ou de la pyélo-néphrite*. En voici les caractères :

Quelques malades, le plus souvent des adolescents, quelquefois des adultes, soit hommes, soit femmes, viennent nous consulter parce qu'ils urinent au lit; dans d'autres circonstances, ils viennent pour des troubles urinaires variés, parmi lesquels la *pollakiurie nocturne* est le plus fréquent, et incidemment accusent l'incontinence nocturne. L'incontinence nocturne est donc tantôt le fait primordial, tantôt le fait accessoire pour les malades ou leur entourage.

Dans ce dernier cas, le diagnostic est facile : la pollakiurie nocturne étant le fait le plus important, celui qui doit attirer tout d'abord l'attention, comme on connaît sa valeur dans le diagnostic de la pyélite, on peut arriver vite à un diagnostic.

Il n'en est pas de même quand il s'agit d'un malade qui vient consulter pour l'incontinence nocturne. Néanmoins, cette incontinence a une allure qui permet de la reconnaître facilement.

En général elle apparaît toutes les nuits; quelquefois cependant, ainsi que le disent quelques malades, elle ne se montre que quand le sommeil est trop profond; c'est déjà un point important.

L'émission involontaire de l'urine n'est pas toujours unique : les malades peuvent uriner deux ou plusieurs fois par nuit, et même ne pas se réveiller du tout.

On le voit, il s'agit là, à part l'intermittence, et aussi le nombre des mictions, de caractères qui appartiennent à l'incontinence d'urine des enfants et des adolescents.

Quels sont donc les caractères qui vont la distinguer de l'incontinence dite essentielle? Nous venons de parler de l'intermittence : c'est un point assez important; mais il faut en outre tenir compte d'autres caractères; en effet elle apparaît à un âge où l'incontinence essentielle a disparu, ou bien, si elle existe encore, est la continuation d'un état qui date depuis l'enfance. Mais le fait dominant, c'est qu'elle s'accompagne de la présence *du pus* dans l'urine.

On pourrait la confondre avec l'incontinence d'urine d'origine épileptique; mais, outre l'existence de la pyurie dans la pyélite, il n'existe aucun syptôme de mal comitial.

Plus difficile peut être le diagnostic quand il s'agit d'hommes âgés, mais à cet âge l'incontinence nocturne d'origine pyélitique est rare, exceptionnelle puis-je dire, car je ne crois pas en avoir vu ; de plus l'urine est claire chez les prostatiques ou malades analogues ; et, si elle est trouble, peu importe la cause de l'incontinence, le traitement est le même : cathétérisme.

Chez la femme, le diagnostic est facile.

Il suffit d'explorer les uretères par le vagin et la réponse est vite faite. Peu importe qu'il y ait ou non douleur para-ombilicale, sous-costale ou lombaire, qu'il y ait ou non hypermégalie rénale : il y a pollakiurie nocturne et urétérite, cela suffit.

Chez l'homme, si l'appareil urinaire supérieur est silencieux, si l'on ne trouve ni douleur urétérale supérieure ou inférieure, ni douleur lombaire ou sous-costale, ni hypermégalie, on peut, en l'absence de toute stagnation urinaire, ne pas trouver la cause de l'incontinence; pour la trouver, il suffit de consulter l'urine et la façon dont elle est émise; si cet urine est trouble et s'il y a pollakiurie nocturne, l'incontinence a une origine pyélo-rénale.

Cette pollakiurie nocturne prend pour moi de plus en plus de l'importance : elle devient de plus en plus un signe de pyélite et de pyélo-néphrite.

Aussi toutes les fois qu'on rencontrera avec de l'urine trouble qu'il y ait ou non polyurie, il faut chercher les autres signes de la pyélite. On les rencontrera le plus souvent soit isolés, soit associés; si on ne les rencontre pas, on ne pourra pas diagnostiquer le côté malade, mais on aura diagnostiqué sûrement l'existence de la lésion simple ou double.

Quelle est la cause de cette incontinence? Elle me paraît facile à indiquer.

Sous l'influence de l'irritation rénale, la vessie est sollicitée de se contracter et de chasser son contenu.

Si l'excitation est assez vive pour aller jusqu'au cerveau, le malade se réveillera et urinera. Si elle n'est pas assez vive pour exciter le cerveau, elle sollicitera seulement les centres médullaires et le malade pissera sans s'en apercevoir : il y aura l'incontinence nocturne.

C'est pourquoi quelques malades nous disent qu'ils n'urinent au lit que quand le sommeil est trop profond. Le cerveau est trop engourdi pour obéir à l'excitation, la moelle seule répond; à l'état de veille, le cerveau peut répondre immédiatement, et le malade pourra ne pas laisser échapper l'urine. Cependant, quand l'excitation sera trop forte, il pourra laisser échapper l'urine, il y aura alors l'incontinence diurne.

Cette incontinence peut disparaître avec l'amélioration de la pyélite, et à plus forte raison avec la guérison : quand les malades urinent moins souvent, cette incontinence diminue et disparaît. Les malades sont moins fatigués et leur cerveau peut être plus facilement impressionné.

Quand il y a incontinence diurne et nocturne en même temps, la diurne disparaît la première; il faut toutefois savoir que cette der-

nière peut persister après la disparition de l'autre, malgré des traitements énergiques et l'amélioration évidente de la pyélite.

Présentation de pièces.

Rupture de l'utérus post abortum. *Péritonite au début. Hystérectomie subtotale. Guérison.*

M. Lucien Picqué. — Femme X..., entrée dans mon service de Bichat le 2 août 1904, pour hémorragie par rétention placentaire (*post abortum*) remontant à huit jours.

A la suite d'une chute (?) survenue le 24 juillet au cours d'une grossesse de deux mois et demi, violentes douleurs dans le ventre le 26 juillet. Perte sanguine et expulsion d'un embryon ; depuis ce moment hémorragies abondantes et répétées.

Admission à Bichat le 2 août.

A son entrée la malade est très pâle, pouls rapide et très faible, 37°5, vagin encombré de caillots. La presque totalité du placenta se trouve dans le vagin, une petite portion restant au-dessus de l'orifice interne du col. Extraction digitale du placenta : celui-ci dégage une odeur très fétide. L'interne du service M. Morlet en vérifiant l'état de vacuité de la cavité utérine constate l'existence d'une perforation au niveau du fond de l'utérus. Ni vomissement, ni nausées. Injections de sérum, caféine. M. Picqué appelé le soir constate que le pouls est à 70. Pas de météorisme. Temp., 38°7. L'intervention est décidée et pratiquée séance tenante. Laparotomie. Sur la face antérieure de l'utérus, au niveau de la ligne médiane, plaie linéaire d'une longueur de près de deux travers de doigt et obstruée par un caillot adhérent à l'épiploon et aux anses grêles. Peu de sang dans le cul-de-sac vésico-utérin. Hystérectomie supravaginale, curettage de la cavité cervicale. Cautérisation au thermo. Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas. Mèche sur le moignon du col. Pas de péritonisation.

Amélioration progressive. La malade quitte le service complètement guérie.

Absence de vagin. Hématométrie et hématosalpinx. Présentation de pièce.

M. Picqué. Il s'agit d'une fille débile qui me fut adressée dans mon service d'un asile départemental. N'a jamais été réglée.

D'après les renseignements qui m'ont été fournis par le Dr Boiteux, médecin en chef de l'asile, les accidents ont débuté le 5 octobre 1901 pour se reproduire chaque mois. La crise est caractérisée par une sensibilité très vive du ventre surtout au niveau de l'hypogastre. Le palper provoque une véritable douleur ; la jambe droite est en adduction très prononcée ; absence de fièvre. La malade reste alitée pendant quinze jours ou trois semaines : agitation nocturne, grande émotivité, état mélancolique très accentué. Le calme se rétablit progressivement. Il dure environ huit à quinze jours, mais il y a parfois des intervalles de un à deux mois.

A l'examen on constate l'imperforation vaginale. Le ventre est occupé par une volumineuse tumeur bosselée donnant l'impression d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. L'intervention a permis de constater l'existence d'un hématosalpinx gauche. L'annexe droite était saine. L'utérus et la corne utérine sont distendus ainsi que le tiers supérieur du vagin par du sang coagulé et en gelée, un demi-litre environ. Hystérectomie supra-vaginale, capitonnage de la section sous-jacente. La malade est aujourd'hui guérie. (Musée du Pavillon.)

M. Pierre Delbet. — Comme vient de le dire notre collègue Picqué, l'hématomètre est assez rare dans les imperforations du vagin.

J'ai observé tout récemment un cas où l'utérus ne présentait aucune distension, bien que l'hématocolpos fût considérable. La tumeur remontait jusqu'au voisinage de l'ombilic et elle était surmontée d'un petit corps dur, assez mobile, qui n'était autre que l'utérus.

La cloison qui fermait le vagin n'était pas très épaisse : il m'a été facile de la traverser et de suturer la muqueuse vaginale au revêtement muco-cutané du vestibule. La poche vidée j'ai pu constater par l'examen bimanuel que l'utérus, loin d'être distendu, était petit, presque infantile.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ma malade est parfaitement guérie. Les terribles accidents septiques que l'on voyait éclater jadis à la suite de l'ouverture de ces collections hématiques ont heureusement disparu.

M. Segond. — Il y aura bientôt vingt ans que je vous ai communiqué l'observation d'une jeune fille dont l'histoire était exactement superposable à celle dont M. Delbet vient de nous parler. (*Bull. et Mem. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1885, t. XI, p. 840.)

Fibromyome occupant la gaine des vaisseaux fémoraux et paraissant s'être développé sur la paroi de la veine fémorale.

M. LUCIEN PICQUÉ. — Femme aliénée, soixante et un ans, qui présentait une tumeur siégeant au niveau de la face antérieure de la cuisse, à la partie moyenne, tumeur oblongue, de consistance solide et mobile transversalement. Il n'existe pas de ganglions inguinaux.

L'opération permet de constater que la tumeur est située au niveau et au-dessous du muscle couturier dont il faut récliner le bord interne.

Le pédicule de cette tumeur est très petit, situé dans la gaine des vaisseaux fémoraux, accolé à la veine fémorale à la paroi de laquelle elle est adhérente.

L'examen pratiqué au laboratoire par M. Dagonet démontre qu'il s'agit d'un fibromyome ayant son origine dans la couche musculaire de la veine fémorale.

L'opération avait été pratiquée le 26 septembre 1903. Je viens de l'opérer ces jours-ci d'une récidive.

Mais l'opération n'a pu être qu'incomplète et j'attends l'autorisation de la famille pour pratiquer l'amputation de la cuisse.

Nota. — L'amputation de la cuisse au tiers supérieur a été pratiquée hier 6 octobre. Il existait un prolongement de la tumeur remontant très haut dans la gaine des vaisseaux fémoraux.

L'examen histologique de la tumeur récidivée a été pratiqué par mon chef de laboratoire, au pavillon de chirurgie, M. le Dr Viau, il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1904

Présidence de M. Schwartz, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

Rapport.

Scapulectomie pour ostéo-sarcome primitif de l'omoplate, par M. Estor, professeur à la Faculté de Montpellier.

Rapport de M. PICQUÉ.

Notre très distingué confrère, le professeur Estor dont j'ai déjà eu l'occasion, à diverses reprises, de vous signaler les intéressants travaux, vient de nous envoyer encore à l'appui de sa candidature une observation de scapulectomie pour un ostéosarcome primitif de l'omoplate, et vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

Cette affection, bien qu'assez rare, a donné lieu depuis une dizaine d'années à de nombreux travaux (1). Moi-même j'ai publié,

(1) Hausmann. *Inaug. Diss.*, *Erlangen*, 1892; Nasse. *Arch. f. klin. chir.*, 1893; Phelps. *Philad. Report*, septembre 1893; Schultze. *Deutsch Zeitsch. f. chir.*, 1896; Picqué et Dartigues. *Rev. de chir.*, 1900, p. 437; Buchanan. *Philad. med. journal*, 1900, t. II, p. 73; Quénu et Renou. *Revue de chirurgie*, 1903, p. 421; Clarion. *Thèse de Lyon*, 1904.

dans la *Revue de chirurgie*, avec mon interne Dartigues, aujourd'hui chef de clinique à la Faculté, un travail dans lequel nous avons surtout étudié la technique opératoire et vous connaissez les travaux de MM. Berger et Quénu sur cette question.

Dans tous ces travaux, d'ailleurs, les questions relatives à la nature histologique des tumeurs, aux indications et au manuel opératoire, à l'état fonctionnel du membre supérieur après l'ablation de l'omoplate, ont été successivement étudiées.

L'observation actuelle est intéressante à divers points de vue, et l'auteur y a surtout mis en relief la question anatomo-pathologique! c'est pourquoi j'ai pensé utile de vous la présenter intégralement.

Observation résumée. — *Ostéosarcome de l'omoplate gauche propagé secondairement au tiers externe de la clavicule. Ablation de l'omoplate en totalité, des deux tiers externes de la clavicule et de l'extrémité supérieure de l'humérus sur une longueur de sept centimètres. Récidive dans les parties molles neuf mois après l'opération. Ablation de deux noyaux sarcomateux. État de la malade dix-sept mois après la première intervention; pas de récidive.*

L... (Antoinette), quatorze ans. Elle n'a pas connu ses parents et ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Elle s'est toujours bien portée, et a eu une fièvre typhoïde à l'âge de dix ans.

Dans le courant du mois de septembre 1902, gêne dans l'épaule gauche ; à ce moment, les mouvements du membre supérieur gauche sont moins étendus que ceux du membre supérieur droit.

Le 5 octobre 1902, coup violent sur l'épaule gauche contre une porte, depuis lors, elle a souffert. Vers la fin du mois d'octobre, l'épaule gauche est plus volumineuse que la droite.

La malade m'est adressée par mon excellent confrère, le Dr E. Batigne ; elle entre à l'hôpital le 16 mars 1903.

L'épaule gauche est déformée et beaucoup plus volumineuse que la droite. On trouve par la palpation de l'omoplate, une tumeur paraissant occuper la totalité de l'os, mais surtout développée au niveau de son bord axillaire. A ce niveau, l'omoplate mesure environ 7 à 8 centimètres d'épaisseur. Le bord spinal est peu atteint. La tumeur fait une saillie considérable dans le creux de l'aisselle.

La peau ne présente pas d'arborisations veineuses.

On trouve sur le tiers externe de la clavicule, une tumeur du volume d'une noix qu'on ne peut mobiliser, et qui est implantée sur cet os.

Tous les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont limités.

L'extrémité supérieure de l'humérus paraît saine. Le membre supérieur gauche n'est pas augmenté de volume. Pas d'œdème. La radio-

graphie démontre une destruction presque totale de l'omoplate mais l'intégrité de l'humérus ne paraît pas douteuse.

La photographie montre une déformation en gigot caractéristique.

L'état général excellent. Aucune autre altération du squelette, pas de lésion viscérale.

Diagnostic : *Sarcome primitif de l'omoplate.*

L'examen clinique et la radiographie nous ayant montré l'intégrité de l'humérus nous nous décidons à pratiquer la scapulectomie complétée par l'ablation des deux tiers externes de la clavicule. (On verra plus loin qu'une partie de l'humérus a été réséquée.)

Opération le 25 *avril* 1903. — Mon excellent collègue et ami M. Jeanbrau a bien voulu m'assister. Anesthésie à l'éther.

Nous pratiquons deux incisions, une postérieure qui circonscrit un lambeau à base interne permettant de découvrir largement l'omoplate et une antérieure donnant accès sur la clavicule en regoignant l'incision postérieure. Les lambeaux constitués par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont disséqués au nombre de trois : un grand lambeau quadrangulaire postérieur et deux lambeaux triangulaires antérieurs. On libère à coups de ciseaux des muscles qui s'y insèrent, le bord spinal de l'omoplate, l'angle inférieur, le bord axillaire l'épine et le bord supérieur. Ouverture de l'articulation. La face antérieure de l'omoplate est alors très facilement soulevée et séparée du thorax.

On résèque ensuite les deux tiers externes de la clavicule (résection extra-périostée). Malgré l'examen radiographique, comme nous conservons quelques doutes sur l'intégrité de l'extrémité supérieure de l'humérus nous réséquons sept centimètres de cet os (résection extra-périostée). Suture au fil d'argent de l'extrémité supérieure de l'humérus sectionné au fragment interne de la clavicule qui n'a pas été enlevé. (On verra plus loin que cette suture n'a pas tenu.)

La plaie est régularisée. Hémostase très soignée. M. Estor entoure la suture osseuse de sutures à la soie, portant sur des débris de capsule et de muscle, destinées à renforcer la suture osseuse et à combler les anfractuosités de la plaie. Suture de la peau; on place deux drains dans les parties déclives.

Les drains ont été enlevés le deuxième jour. Les suites opératoires ont été très simples. La température la plus élevée qui ait été notée a été de 37.9 le soir du second jour.

La tumeur a été examinée au laboratoire de la Faculté par mon excellent collègue M. Bosc.

Sarcome à myéloplaxes. — Examen microscopique. — Tumeur volumineuse occupant la presque totalité de l'omoplate dont la forme générale est encore conservée grâce à la persistance de l'angle inférieur du bord spinal et de l'angle supéro-interne. Tout le reste de l'os est complètement détruit. La cavité articulaire est réduite au seul cartilage très aminci.

A la coupe, le tissu de consistance molle se laisse très facilement sectionner. On distingue une couche musculaire mince, une paroi conjonctive assez épaisse formant la limite de la tumeur. Celle-ci est constituée

par une bouillie très friable, apparaissant d'abord comme un tissu ramolli de couleur grisâtre parsemé de caillots noirs de volume variable. Mais si on déterge une surface nettement sectionnée on constate que la tumeur est constituée par un tissu peu consistant parsemé de cavités d'aspect alvéolaire, gorgées de sang plus ou moins coagulé. Les dimensions de ces alvéoles varient du volume d'un grain de chènevis à celui d'un gros pois chiche; vidées de leur contenu elles présentent une paroi lisse, gris bleuâtre ressemblant à celle d'une veine. Le tissu intermédiaire forme dans de rares endroits un tissu compact dépourvu de cavités sur une étendue plus ou moins grande.

L'extrémité externe de la clavicule a été également envahie par la tumeur.

Examen microscopique. — Il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes avec dilatations vasculaires aboutissant à un processus hémorragique interstitiel diffus ou collecté sous forme de foyers volumineux.

État de la malade le 17 *février* 1904; *dix mois après l'opération.* — État général excellent. Embonpoint notable. La suture de l'humérus au fragment de clavicule n'a pas tenu. Les fonctions de la main sont parfaitement conservées. La force de préhension de la main gauche est considérable. Tous les mouvements du bras sont abolis, sauf un léger mouvement d'abduction. La malade peut porter la main sur la région postérieure du tronc. Elle peut en prenant un point d'appui sur la poitrine avec les extrémités digitales élever sa main le long de sa poitrine et arriver jusqu'au visage et aux cheveux. L'extrémité sectionnée de la clavicule est parfaitement nette et tout à fait saine; il en est de même de l'humérus.

A l'extrémité supérieure de la cicatrice, nous trouvons un gros bourgeon charnu évidemment sarcomateux, hémisphérique ayant à peu près les dimensions d'une pièce de deux francs. A la partie inférieure du cou, immédiatement à gauche de la ligne des apophyses épineuses, existe une tumeur très mobile ayant environ les dimensions d'une grosse noix.

L'aisselle est absolument indemne.

Le 18 *février* 1904. Ces deux noyaux sont enlevés largement. Le bistouri chemine à deux travers de doigt en dehors d'eux et circonscrit par deux incisions courbes une assez grande masse de tissus dans laquelle les noyaux néoplasiques sont comptés. Ils sont enlevés immédiatement.

Examen des tumeurs pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la faculté par mon collègue M. Bosc. — Au niveau de la cicatrice existe un petit champignon, de couleur violacée, à surface légèrement mamelonnée. Son tissu mollasse se laisse facilement déchirer. Au voisinage de ce nodule, existe dans la profondeur, une masse du volume d'une noix.

Examen macroscopique. — Le *champignon superficiel* est constitué par un bourgeon d'aspect papillomateux qui s'enfonce par un pédicule assez large dans le tissu conjonctif dense de la cicatrice.

La *tumeur profonde* est formée par un tissu de couleur violacée, de consistance encéphaloïde, parsemé de points hémorragiques.

Examen microscopique. — Petite tumeur superficielle. — Elle est formée histologiquement par un amas de cellules d'aspect embryonnaire traversé par des vaisseaux capillaires à parois très épaisses qui constituent la charpente véritable de la tumeur. A mesure que l'on va vers la profondeur, on s'aperçoit que le tissu conjonctif adulte cicatriciel est pénétré par des trainées et des amas de cellules petites et arrondies groupées autour d'un vaisseau de nouvelle formation. A un fort grossissement, on voit que les nodules périvasculaires profonds sont formés de cellules embryonnaires rondes à gros noyau. A mesure que l'on va vers la surface, les cellules augmentent de volume, demeurent arrondies ou prennent des formes irrégulières à prolongements multiples; leurs noyaux deviennent plus volumineux et se chargent de chromatine; dans certaines, il existe, des noyaux bourgeonnants et même deux ou trois noyaux; les karyokinèses deviennent fréquentes. On peut observer ainsi la progression histologique de la cellule conjonctive embryonnaire qui s'hypertrophie et n'arrive à former la grande cellule malade, atéromateuse typique, qu'au bout d'un certain temps et sans aboutir encore au myéloplaxe comme dans la grosse tumeur. Il est donc probable que ce petit champignon devait être d'apparition récente; quelque temps encore et sa structure devenait identique à celle de la grosse tumeur.

Tumeur profonde. — C'est le type d'un sarcome à myéloplaxe. La coupe est parsemée de vaisseaux embryonnaires entourés de cellules fusiformes à gros noyaux. Entre les trainées de cellules fusiformes, on aperçoit des cellules à ventre large, puis des cellules irrégulières à prolongements multiples, et des cellules arrondies de grande taille. On constate tous les intermédiaires entre les différentes formes de cellules; la transformation de cellules irrégulières à prolongements multiples en cellules plus grandes multinuclées enfin en petits et en grands myéloplaxes.

État de la malade le 25 *septembre* 1904; *dix-sept mois après la première opération.* — La santé générale de L. Antoinette est très satisfaisante. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement : bon appétit, bon sommeil, règles régulières, etc.

La cicatrice ainsi que la clavicule et l'humérus ne présentent aucun point suspect. La clavicule et l'humérus qui ont été partiellement réséqués se trouvent séparés l'un de l'autre par un espace mesurant treize centimètres.

L... Antoinette, grâce à certains artifices peut s'habiller et se peigner elle-même. Elle peut, sans le secours de la main droite, porter sa main gauche sur la poitrine et sur la partie postérieure du tronc. Pour arriver jusqu'à la tête, elle est obligée de faire intervenir la main droite qui saisit la main gauche et la soulève.

L'épaule gauche est très abaissée. Les mouvements du bras gauche sont peu développés.

Tous les mouvements de l'avant-bras et de la main gauche sont conservés.

La force de la main gauche est aussi considérable que celle de la droite.

Pas de troubles de la sensibilité ni de troubles trophiques.

L'opérée peut coudre, écrire, dessiner aussi bien qu'avant l'opération.

Au point de vue de la technique M. Estor s'est servi pour l'incision cutanée d'un tracé un peu différent de celui que nous avons fixé avec Dartigues dans notre mémoire. La courbe qu'il donne à son incision qui vient embrasser à la partie inférieure l'angle inférieur de l'omoplate me paraît faciliter la désinsertion des muscles.

Quant à l'incision complémentaire qu'il fait en avant pour aborder la clavicule, celle-ci ne nous paraît pas absolument indispensable. Dans les études cadavériques que nous avons faites avec Dartigues, les os nous parurent suffisamment mis à découvert par la partie supérieure et horizontale de notre incision et nous n'avons jamais rencontré sous ce rapport, aucune difficulté.

Je regrette que notre confrère ait passé un peu rapidement sur les autres temps il ne nous dit rien du temps de la désinsertion musculaire ainsi que de la luxation de la tête humérale et des particularités qu'il a pu rencontrer au cours de l'exécution.

Cette question de technique a cependant une réelle importance au point de vue du résultat fonctionnel et Quénu y insiste avec raison dans son mémoire. Le malade de M. Estor semble n'avoir que des mouvements bien limités et qui se résument à une légère abduction et à la possibilité de porter la main sur la région postérieure du tronc.

On pourrait penser que la résection de la tête qui a été pratiquée dans ce cas ait pu nuire au résultat et cependant dans les observations au nombre de six qu'ont publié Adelman et Schutze dans leurs mémoires et qu'on retrouvera dans mon travail, si l'on excepte deux cas de mort on se trouve en face de quatre cas dont deux bons résultats, un satisfaisant et un dans lequel les suites ne sont pas indiquées.

Notre confrère a eu recours à la suture de l'humérus à l'extrémité de la clavicule. Vous vous rappelez que cette pratique a été préconisée par notre collègue Quénu qui la considère à juste titre comme le temps essentiel de la réparation et qui vous a présenté dans le courant de l'année un remarquable résultat fonctionnel. Chez ce malade l'humérus se trouvait en bonne position et ne présentait pas cet abaissement considérable que j'ai signalé dans une photographie et que je n'ai pu corriger chez ma malade que grâce

à un appareil prothétique. Il y a là un point de technique important, malheureusement chez la malade de M. d'Estor la suture n'a pas tenu et nous ne pouvons en conséquence rien conclure sous ce rapport.

Au point de vue histologique il s'est encore agi comme dans notre cas d'un sarcome à myéloplaxe. On peut regretter que l'examen si complet qui a été fait de la tumeur scapulaire au laboratoire de la faculté n'ait pas été suivi d'un examen de la tête humérale réséquée.

En terminant son travail, M. Estor a abordé la question de récidive.

Dans notre mémoire nous discutions au point de vue des récidives les avantages de l'extirpation totale sur l'extirpation partielle de l'omoplate et cependant nous signalions au point de l'extirpation totale un chiffre de sept récidives rapides sur treize résultats indiqués. Or ici il ne pouvait être question ni de la désarticulation interscapulo thoracique, ni de la résection partielle. C'est la résection totale qui a été pratiquée.

Quand on envisage les récidives à la suite de l'extirpation totale, il semble simple que la question perd de sa valeur puisque la récidive n'est plus exclusivement en rapport qu'avec la forme histologique de la tumeur. Or de toutes les tumeurs, le sarcome à myéloplaxe est celle qui récidive le moins vite.

Au bout de dix-sept mois la malade de M. Estor ne présentait pas de récidive nouvelle depuis celle qui l'obligea à intervenir au bout de dix mois.

Il s'agit là donc d'un temps encore un peu court pour juger l'efficacité de l'intervention dans son cas personnel. Par contre ma malade opérée le 26 août 1897 ne présentait pas encore de récidive en 1903 c'est-à-dire six ans après. Je n'ai plus eu de nouvelles depuis cette époque.

Messieurs, M. Estor est un professeur distingué et déjà ancien de la faculté de Montpellier. Il sollicite depuis de longues années vos suffrages et tient à honneur de vous envoyer de temps à autre les faits intéressants de sa pratique.

Permettez-moi d'espérer qu'aux prochaines élections vous voudrez bien l'admettre au sein de la Société de chirurgie.

M. Berger. — Comme M. Picqué, je considère la résection de l'omoplate, associée s'il le faut à la résection supérieure de l'humérus, comme l'opération de choix en cas de sarcome de l'omoplate et préférable à l'amputation interscapulo-thoracique, toutes les fois que la tumeur ne s'est pas avancée du côté de l'aisselle, de manière à compromettre les vaisseaux et nerfs à ce

niveau. Elle donne des garanties au moins égales contre la récidive et laisse un membre utile. Je n'ai pas eu occasion d'ajouter la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus à la résection sus-capulaire, mais les résultats que j'ai vus de cette dernière opération ont été des plus satisfaisants, au point de vue de la conservation des mouvements du coude, de l'avant-bras et de la main.

Cependant les tentatives que j'ai faites pour fixer la tête humérale à l'extrémité claviculaire par la suture ont échoué. Chez mon dernier opéré, sur lequel j'avais pu conserver la capsule scapulo-humérale, j'avais fixé celle-ci par une suture solide à l'extrémité de la clavicule ; cette suture, sur laquelle je comptais pour établir une néarthrose, a échoué, et, comme M. Estoc, j'ai vu se produire l'écartement de l'humérus et la chute de l'épaule; dans mes prochaines opérations, je recourrai à la suture avec un fil métallique que je laisserai indéfiniment à demeure.

Le choix de l'incision doit surtout être réglé sur la disposition de la tumeur; celle-ci détermine le point d'attaque qu'il faut adopter. Une tumeur scapulaire proéminant dans le creux sus-claviculaire et envahissant l'aisselle nécessitera surtout une incision parallèle à la clavicule prolongée, sur laquelle on branchera les incisions postérieures, longeant le bord axillaire ou même le bord spinal du scapulum. Quand la tumeur occupe la région de l'épine, je préfère l'incision parallèle au bord axillaire, se prolongeant un peu le long de la clavicule en contournant ou en coupant l'acromion à sa base; sur cette incision, on fait ensuite une autre incision conduite parallèlement à l'épine scapulaire. L'essentiel est que ces incisions permettent d'enlever largement l'omoplate avec toutes les insertions et même les corps charnus des muscles qui s'y fixent, car c'est dans ces corps charnus et ces insertions que se font les récidives.

Au point de vue de celles-ci, on sait que les tumeurs à myéloplaxes, plus même que les myxosarcomes, jouissent d'une innocuité relative; les récidives qu'elles donnent sont plus rares, et si par des opérations successives on continue à les poursuivre, on voit souvent la tendance à la récidive et celle de la récidive à l'accroissement s'éteindre peu à peu, et le sujet guérir. Il ne faut jamais désespérer de la guérison des tumeurs à myéloplaxes, et l'on doit la poursuivre par des opérations renouvelées aussi souvent que c'est nécessaire. Il en est ainsi même pour des sarcomes de pronostic moins favorable, et je puis citer une jeune fille sur laquelle j'ai opéré, il y a plusieurs années, une récidive de sarcome fasciculé, survenue deux ans environ après la résection de l'omoplate, et qui, depuis lors, est restée guérie et en possession d'un membre supérieur fort utile.

M. Picqué. — Je remercie M. le professeur Berger des observations intéressantes qu'il a présentées sur mon rapport. Je tiens simplement à dire que dans le cas de M. Quénu, il n'y avait pas eu de résection de la tête humérale, et je regrette qu'il ne soit pas là pour nous fournir des renseignements complémentaires sur son observation.

Quoi qu'il en soit son résultat était absolument remarquable, il nous a présenté sa malade et nous avons pu voir la tête humérale située sous la clavicule. La récupération des mouvements les plus essentiels était parfaite, sans l'adjonction d'appareil prothétique.

Communication.

L'anesthésie rachidienne à la stovaïne,

par M. CHAPUT.

L'anesthésie rachidienne à la cocaïne a eu tout d'abord une période de brillants succès après les publications de Tuffier, Legueu, Kendirdjy, Guinard, Chaput, etc.

On lui reprocha ensuite les difficultés de sa technique, l'infidélité de ses résultats, les symptômes sérieux survenant soit pendant l'opération : pâleur, rapidité du pouls, excitation, vomissements, angoisse, soit après l'opération : maux de tête, rachialgie, vomissements. M. Reclus dressa un réquisitoire formidable de nombreux cas de mort, auquel Tuffier répondit que ces cas de mort n'étaient pas imputables à la cocaïne.

La mesure parut comble le jour où, en 1902, M. Legueu nous communiqua deux cas de mort survenus pendant une anesthésie à la cocaïne; la méthode fut alors abandonnée de la plupart de ses partisans.

Sans revenir sur le passé je dirai incidemment que les observations de mon ami M. Legueu n'avaient pas toute la valeur qu'on leur attribua alors, et que dans l'esprit de M. Legueu lui-même elles n'étaient pas suffisamment démonstratives pour constituer un argument décisif et sans appel contre l'anesthésie rachidienne.

Pour ma part, les faits de Legueu ne modifièrent pas mon opinion sur la valeur de la méthode de Tuffier et je continuai à en rester partisan malgré quelques petits inconvénients sans aucune importance.

Aujourd'hui la question de l'anesthésie rachidienne se présente à nous sous une forme tout à fait nouvelle, grâce à l'introduction dans la thérapeutique d'un nouvel anesthésique découvert en 1904

par un chimiste français, M. Fourneau; je veux parler de la stovaïne.

Cette substance est un chlorhydrate d'amyléine; c'est un produit de synthèse qu'on obtient au moyen de l'alcool amylique.

Elle possède une action un peu inférieure, à dose égale, à celle de la cocaïne, mais son action toxique est beaucoup moindre que celle de cette dernière, de telle sorte qu'en augmentant les doses on arrive à des effets anesthésiques beaucoup plus complets.

La stovaïne a été étudiée sur l'animal par Billon et par Pouchet (*Académie de Médecine*, 1904); sur l'homme, par de Lapersonne (*Presse médicale*, 1904); Chaput (*Soc. de Biologie*, 1904); Reclus (*Presse médicale*, 1904); Sauvez (*Société d'Odontologie*, 1904).

C'est M. Reclus qui l'a employée le premier chez l'homme comme anesthésique local; j'ai suivi son exemple, et, ayant été satisfait de cet agent pour l'anesthésie locale, je l'ai ensuite employé pour l'anesthésie lombaire.

Il résulte de ces études que la stovaïne dilate les vaisseaux, ralentit le pouls, resserre la pupille, colore la face, n'occasionne pas d'angoisse, n'expose pas à la syncope.

Chez l'animal, à dose mortelle, la stovaïne abaisse considérablement la température, à l'inverse de la cocaïne.

Je possède actuellement plus de 150 observations d'anesthésies rachidiennes à la stovaïne, prises par moi ou par mes internes MM. Le Jemtel, Tanon, Kaufmann et Esbach, et rédigées par M. Regnard, externe du service.

C'est à l'aide de ces documents que je vais reprendre l'étude de l'anesthésie rachidienne; mes 43 premières observations ayant été publiées à la Société de Biologie, je n'étudierai ici que les 100 cas suivants.

Je me suis servi, d'après les préceptes de Guinard, Ravaut et Aubourg, d'une solution de stovaïne au 1/10, et d'une seringue de Pravaz à piston stérilisable. Les doses employées ont varié de 2 à 8 centigrammes.

Mes 100 opérations sont réparties sur les régions du membre inférieur (45), du périnée (26) et de l'abdomen (29).

Il n'est pas une seule opération des régions périnéales et du membre inférieur qu'on ne puisse exécuter à la rachistovaïne.

Sur l'abdomen, j'ai opéré 5 kystes hydatiques du foie ou de l'épiploon, 3 hystérectomies abdominales, 13 hernies, 6 appendicectomies, une fistule abdominale, 1 corps étrangers du dos.

Cependant, je ne conseillerai pas la rachistovaïne pour les

grandes laparotomies, à cause de l'émotion des malades et de leurs plaintes qui chassent l'intestin; mais la rachistovaïne est parfaite pour les cures radicales de hernies inguinales et pour les appendicites à froid, non compliquées.

J'insisterai spécialement sur les avantages considérables de la rachistovaïne dans le traitement des luxations et des fractures du membre inférieur. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la stovaïne ne gêne nullement pour la réduction des luxations; elle ne supprime pas, il est vrai, la tonicité musculaire, mais elle annihile les contractions réflexes occasionnées par la douleur, qui seules mettent obstacle à la réunion.

J'ai réduit très facilement avec la rachistovaïne une luxation du pied en dehors et une luxation de la hanche. Pour cette dernière, la réduction se fit avec une simple traction sans circumduction; le malade, les élèves et moi-même fûmes stupéfaits de la facilité de cette réduction, bien qu'il s'agît d'un homme jeune et vigoureux.

On peut opérer les fractures compliquées sous la stovaïne lombaire sans crainte de voir la réduction compromise par la tonicité musculaire.

Dans mon service, à Boucicaut, nous appliquons tous les appareils plâtrés pour fractures de jambe à l'aide de la stovaïne rachidienne. L'anesthésie se fait dans la salle commune; elle étonne et séduit tous les malades, ce qui contribue grandement au prestige de la méthode.

Nous avons employé la rachistovaïne dans 8 cas de fractures simples ou compliquées du membre inférieur; elle a supprimé la douleur et facilité la réduction et la pose de l'appareil. J'emploie d'ailleurs très largement la rachistovaïne dans mon service, même pour des pansements ou des explorations un peu douloureuses.

Hauteur de l'anesthésie.

Avec des doses variant de 2 à 8 centigrammes, j'ai obtenu sur 100 cas :

3 anesthésies totales, tête incluse.
4 anesthésies depuis pieds jusqu'aux membres supérieurs inclus.
12 anesthésies jusqu'au milieu du sternum.
13 anesthésies jusqu'à l'appendice xiphoïde.
9 anesthésies jusqu'à l'épigastre.
26 anesthésies jusqu'à l'ombilic.
22 anesthésies jusqu'à l'épine iliaque.
11 anesthésies comprenant périnée, pieds et jambe.

Il résulte de ces chiffres que l'anesthésie sur 100 cas a atteint :

100 fois périnée, pied, jambe.
89 fois périnée, membre inférieur jusqu'à l'épine iliaque.
67 fois depuis les pieds jusqu'à l'ombilic.
41 fois depuis les pieds jusqu'à l'épigastre.
32 fois depuis les pieds jusqu'à l'appendice xiphoïde.
19 fois depuis les pieds jusqu'au milieu du sternum.
7 fois depuis les pieds jusqu'aux membres supérieurs inclusivement.
3 fois depuis les pieds jusqu'à la tête inclusivement.

La valeur de la rachistovaïne peut être discutée pour la chirurgie abdominale, mais je considère comme indiscutable que, bien employée, elle nous procurera toujours une anesthésie remontant jusqu'à l'ombilic et par conséquent n'échouera jamais pour aucune opération sur le périnée, le membre inférieur et la fosse iliaque (hernies).

Cependant dans 13 de mes observations l'anesthésie n'a pas dépassé le genou. Il s'agit ici d'une question de dose et tous ces échecs partiels sont relatifs à des doses de 2 centigrammes, 2 cent. et demi, 3 centigrammes. Dans un cas la dose a été de 4 centigrammes, mais le malade n'a été observé que pendant 7 minutes, temps absolument insuffisant.

Il est certain que la question de dose est très importante pour expliquer la hauteur de l'anesthésie, mais il faut encore compter avec la sensibilité du sujet pour la stovaïne. C'est ainsi que la dose de 2 cent. et demi employée 22 fois a donné 11 anesthésies partielles ou totales du membre inférieur, 5 jusqu'à l'ombilic, 4 jusqu'à l'appareil xiphoïde.

Avec 3 centigrammes, nous trouvons sur 25 cas : 8 anesthésies du membre inférieur, 12 de l'ombilic, 4 du thorax et 1 du membre supérieur.

La dose de 4 centigrammes m'a donné sur 26 cas, 2 anesthésies totales, tandis que les doses de 5, 6, 7, 8 centigrammes ne m'en ont fourni qu'une sur 19 cas.

Tout en admettant l'importance de la sensibilité spéciale, nous ne devons pas moins accepter l'influence considérable des doses, et les tableaux indiquant les hauteurs des anesthésies d'après les doses montrent très nettement l'influence de ces doses sur la hauteur de l'anesthésie.

C'est ainsi que 55 doses de 2 à 3 centigrammes nous donnent seulement 20 p. 100 d'anesthésies sus-ombilicales, tandis que 45 doses de 4 à 8 centigrammes ont fourni 65 p. 100 d'anesthésies sus-ombilicales, dont 2 des membres supérieurs et 3 totales (y compris la tête).

Pour en finir avec cette question de doses, je dirai que 26 doses de 4 centigrammes ne m'ont donné qu'une seule anesthésie inférieure à l'épine iliaque, et encore le fait n'est pas démonstratif, le temps d'observation ayant été insuffisant. Par conséquent, on peut opérer toutes les hernies inguinales avec la dose de 4 centigrammes.

Avec 7 et 8 centigrammes, l'anesthésie a toujours remonté au-dessus de l'ombilic (5 cas); on peut donc entreprendre les laparotomies sous-ombilicales avec une dose de 7 centigrammes. On peut encore faire mieux et proportionner la dose à la sensibilité du sujet, au moyen des injections en deux temps.

L'injection en deux temps s'exécute de la manière suivante : Je suppose qu'on désire exécuter une opération sous-ombilicale à la stovaïne.

Je commence par injecter 4 centigrammes de stovaïne dans l'espace sous-arachnoïdien. Pendant dix à quinze minutes, le sujet est remis sur le dos et soumis à la toilette sur champ opératoire. Si au bout de ce temps l'anesthésie ne remonte pas au-dessus de l'ombilic, je remets le sujet en position assise et je lui réinjecte une nouvelle dose de 2 à 4 centigrammes de stovaïne. L'anesthésie remonte alors très rapidement à la hauteur voulue...

Sur le nommé *A*, âgé de dix-huit ans, opéré le 14 juin 1904 pour un corps étranger du dos, une première dose de 4 centigrammes anesthésie le sujet jusqu'à l'épine iliaque, une seconde dose de 2 centigrammes remonte jusqu'à l'ombilic.

Un jeune homme de seize ans est anesthésié le 7 juin 1904 avec 2 cent. et demi de stovaïne, jusqu'à l'épine iliaque; le 14 juin la dose de 3 centigrammes l'anesthésie jusqu'au 2e espace intercostal.

J'avais cru tout d'abord que le jeune âge rendait dans une certaine mesure les sujets réfractaires à la stovaïne; effectivement les sujets au-dessous de vingt-cinq ans ont fréquemment des anesthésies peu élevées, mais leur état réfractaire n'est pas absolu et il suffit de leur administrer une dose plus élevée pour voir l'anesthésie s'établir régulièrement. Les deux observations précédentes en sont la preuve.

Il est intéressant pour le chirurgien de connaître la rapidité avec laquelle s'établit l'anesthésie.

Dans mes observations, l'insensibilité a gagné l'épine iliaque 68 fois sur 75 cas, c'est-à-dire 90 p. 100 des cas, en moins de dix minutes.

Elle a atteint l'ombilic 46 fois sur 61 cas, soit dans 75 p. 100, en moins de dix minutes.

L'appendice xiphoïde a été anesthésié 29 fois sur 23 cas (79 p. 100) en dix à quinze minutes.

Les membres supérieurs ont été anesthésiés 3 fois en cinq minutes, 1 fois en quinze minutes, 2 fois en vingt-cinq minutes, 1 fois en trente minutes.

La *tête* a été anesthésiée 1 fois en cinq minutes, 1 fois en huit minutes, une fois en quarante-cinq minutes.

Il ressort de ces chiffres que :

1° L'anesthésie des membres supérieurs et de la tête est trop exceptionnelle et trop souvent tardive pour qu'on puisse espérer l'obtenir régulièrement par la voie lombaire.

2° On peut très bien, pour les anesthésies sous-xiphoïdiennes, juger au bout de dix minutes de ce que sera l'anesthésie ; si au bout de ce temps elle n'est pas suffisamment élevée, on devra pratiquer une seconde injection ainsi que je l'ai dit plus haut.

Phénomènes observés pendant l'opération.

Au cours de l'anesthésie, le pouls présente presque toujours des modifications importantes, mais il est indispensable de faire la part de l'émotion du sujet, puisque, déjà avant l'injection, celui-ci présente toujours une accélération émotive du pouls qui oscille autour de 100 pulsations par minute, et qui monte assez souvent à 110, 120 et peut atteindre 136.

Pour apprécier l'influence de l'injection de stovaïne, il faut distinguer les modifications du pouls : 1° après l'injection mais avant l'opération ; et 2° pendant l'opération elle-même.

Pouls après l'injection et avant l'opération. — Après l'injection et avant l'opération je compte sur 19 cas bien étudiés, 9 accélérations notables du pouls, pouvant s'élever à 120, 130, 160, et dix ralentissements ; mais ce ralentissement n'est que relatif et, par comparaison avec ce qui se passait avant l'injection ; en fait, le pouls quoique ralenti est plus fréquent qu'à l'état normal.

Les 9 cas d'accélération du pouls s'expliquent par l'accroissement de l'émotion produit 1° par la piqûre lombaire ; 2° par les sensations anormales qui accompagnent l'injection de stovaïne ; 3° par la recherche de la sensibilité à la douleur sur des territoires non encore anesthésiés, et 4° par l'attente de l'opération imminente.

Les 10 cas de ralentissement s'expliquent par la force morale des sujets et aussi par une sensibilité toute spéciale à la stovaïne, qui contrebalance l'effet de l'émotion.

Sur ces 10 cas, je compte en effet 8 anesthésies très élevées dont 3 totales, et 2 anesthésies peu élevées ; je pense que dans

ces deux derniers cas ces sujets étaient peu émotifs, et qu'ils ont été rapidement rassurés en constatant l'apparition rapide de l'anesthésie.

Pouls pendant l'opération. — Au moment où l'opération commence, le ralentissement relatif ou absolu du pouls est constant dans toutes les observations. Le sujet est satisfait de constater qu'il ne souffre pas et son émotion s'en trouve immédiatement calmée; il faut compter aussi avec l'action plus complète de la stovaïne.

Le pouls s'accélère de nouveau dans toutes les observations lorsque la sensibilité commence à regagner du terrain; l'action de la stovaïne commence à s'épuiser et la sensibilité qui revient apporte de nouvelles inquiétudes au malade dont le pouls réagit immédiatement.

Le minimum des pulsations est tombé deux fois à 60, une fois à 54, une fois à 50 et une fois à 40 par minute. Le plus souvent le ralentissement n'est que relatif et le pouls est encore plus rapide que normalement.

Je conclus de tout ceci que l'action de la stovaïne consiste à ralentir le pouls, mais son action ralentissante est en partie masquée par l'influence accélératrice de l'émotion.

J'ai observé plusieurs fois que chez les sujets en puissance de rachistovaïne, les hémorragies abondantes produisaient un ralentissement notable du pouls.

Dans l'observation 45, il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans à laquelle j'injectai 4 centigrammes de stovaïne pour une colpotomie. Après l'opération, la malade éprouva un malaise pénible, avec pâleur et pouls à 50 mais bien frappé; il n'y avait aucun écoulement de sang en dehors du pansement. Me basant sur ce que la stovaïne ne pouvait pas provoquer de phénomènes graves, j'enlevai le pansement vaginal et découvris une forte hémorragie qui se faisait dans le péritoine. Un tamponnement convenable arrêta le sang et remit le pouls dans l'ordre.

Le premier phénomène qui suit l'injection de stovaïne, c'est l'apparition de fourmillements dans les pieds et les jambes; ils dépassent rarement le mollet. Ils se produisent souvent aussitôt après l'injection, ou tout au moins dans les deux ou trois minutes qui suivent. Ils disparaissait au bout de quelques minutes.

Deux malades ont ressenti des fourmillements dans un des membres supérieurs sans que l'anesthésie soit montée jusqu'à ce niveau; ce qui n'a rien d'étonnant, les fourmillements étant les précurseurs de l'anesthésie complète.

Les nausées isolées n'ont été observées que quatre fois, les vomissements quatre fois aussi.

Des sueurs plus ou moins abondantes sont notées 10 fois, la pâleur de la face 7 fois, l'angoisse 2 fois. La pâleur peut s'expliquer par l'émotion ou par l'imminence des vomissements.

La sensation de défaillance est notée une fois avec deux doses de 7 centigrammes à une heure d'intervalle sur le même sujet.

La pupille est le plus souvent à peine modifiée; nous l'avons trouvée contractée seize fois, jamais dilatée.

L'anesthésie est à la fois superficielle et profonde et porte sur tous les tissus; les décollements d'adhérences et les tiraillements sont souvent douloureux, surtout dans le ventre, tandis que les incisions franches ne le sont pas. Dans quelques cas les troncs nerveux sont plus sensibles que les autres tissus.

A l'inverse de la cocaïne qui produit une vaso-constriction, la stovaïne provoque la vaso-dilatation de toute la région anesthésiée; au moment où on incise les tissus on voit une infinité de jets filiformes jaillir de toute la surface de la plaie. Cette vaso-dilatation est peu gênante, on s'en rend maître par la forcipressure, et elle ne dure guère qu'une dizaine de minutes.

Cette vaso-dilatation s'étend jusqu'aux régions les plus élevées du corps; c'est ainsi que la face est presque constamment rose et plus colorée qu'à l'état normal. Cette vaso-dilatation s'étend certainement jusqu'au bulbe, car les tendances à la syncope n'ont jamais lieu avec la stovaïne, et on peut, ainsi que je l'ai fait pour un corps étranger du dos, opérer des sujets assis sans danger de syncope. On pourrait j'en suis certain, permettre aux malades de marcher très peu de temps après l'opération; je l'ai fait pour la stovaïne locale, mais je n'ai pas eu de raison valable pour faire cet essai avec la stovaïne lombaire.

Suites opératoires.

Les suites opératoires de la rachistovaïne sont beaucoup plus bénignes que celles de la cocaïnisation lombaire; les malades ont le facies calme, ils peuvent s'alimenter immédiatement; la céphalalgie est rare, légère et peu durable, de même que la rachialgie; les vomissements sont aussi plus rares et l'élévation de la température moins considérable.

L'état général et le facies sont excellents après la rachistovaïne; bien meilleurs qu'après la rachicocaïne; les malades boivent aussitôt qu'ils sont ramenés à leur lit, soit du café, soit du rhum; quelques heures après ils prennent du lait et le lendemain ils reprennent l'alimentation normale. Les suites des laparotomies sont aussi beaucoup meilleures qu'avec l'anesthésie générale ou

la rachicocaïne; les malades vont très souvent à la selle avec un simple lavement et on les alimente dès le deuxième jour.

La céphalalgie est légère; elle est beaucoup moins pénible et moins fréquente que celle de la cocaïne lombaire. Sur 100 malades elle a été observée 39 fois le jour de l'opération, 16 fois le 2e jour, 5 fois le 3e jour, 1 fois le 4e. Elle cède facilement à l'application d'une vessie de glace sur la tête.

La rachialgie est plus fréquente; je l'ai constatée 51 fois le 1er jour (sur 100 cas), 29 fois le 2e jour, 3 fois le 3e, 2 fois le 4e, une fois le 5e jour; elle est légère, bénigne et très supportable.

Les vomissements sont notés 4 fois le 1er jour, 6 fois le 2e, 1 fois le 3e; les nausées isolées, 7 fois le 1er jour, 4 fois le 2e, 2 fois le 3e jour.

La température ne présente pas l'ascension brusque de 2 ou degrés avec chute verticale le lendemain qu'on observe après la rachicocaïne. Dans la majorité des cas, la température s'élève aux environs de 38 degrés le soir et elle met de quatre à huit jours à redescendre progressivement à la normale.

Nous avons encore observé que les malades rachistovaïnisés ayant subi des opérations sur l'anus ne présentaient presque jamais de rétention d'urine ainsi que cela s'observe à la suite de l'anesthésie générale ou de la rachicocaïne; c'est encore un nouvel avantage à insérer à l'actif de la stovaïne.

Comparaison de la stovaïne et de la cocaïne rachidiennes.

L'anesthésie provoquée par la stovaïne lombaire et celle de la cocaïne rachidienne sont tout à fait comparables au point de vue de la marche, de la rapidité et de la qualité; notons toutefois que les anesthésies élevées de la stovaïne s'accompagnent beaucoup moins de phénomènes d'intoxication que celles de la cocaïne.

La stovaïne est un peu moins anesthésique que la cocaïne et beaucoup moins toxique; il en résulte qu'on peut obtenir des anesthésies élevées sans symptômes d'intoxication.

Les doses de 7 à 8 centigrammes de stovaïne sont très bien supportées, et il est probable qu'on pourrait aller beaucoup plus loin. J'ai pu injecter deux doses de 7 centigrammes à une heure d'intervalle à un sujet très sensible qui a très bien supporté ces doses élevées.

Le pouls est fort et bien frappé avec la stovaïne, et cette substance possède une action ralentissante sur le cœur, mais cette action est masquée en partie par l'émotion des sujets; le pouls est petit et très rapide (120-140-160) avec la cocaïne.

Avec la rachicocaïne les hémorragies sont très mal supportées

et le pouls devient incomptable; en cas d'hémorragie avec la stovaïne, le pouls se ralentit au-dessous de la normale et reste bien frappé.

Les nausées, les vomissements, la pâleur, la défaillance sont très rares avec la stovaïne et beaucoup plus fréquents avec la cocaïne.

La pupille de la stovaïne est normale ou contractée, celle de la cocaïne est ordinairement dilatée.

La cocaïne fait contracter les vaisseaux et pâlit la face; la stovaïne produit la vaso-dilatation des vaisseaux et rougit la face.

La cocaïne provoque l'anémie bulbaire, expose à la syncope et commande la situation horizontale, pendant et après l'opération; la stovaïne congestionne légèrement le bulbe, n'expose pas à la syncope et rend inutile la situation horizontale.

Les suites sont aussi très différentes.

Avec la stovaïne l'état général est bon, les malades peuvent s'alimenter immédiatement, la céphalalgie et la rachialgie sont peu fréquentes, légères, bénignes et peu durables, les vomissements sont rares et l'élévation de température peu considérable, mais elle se prolonge plusieurs jours et décroît progressivement; avec la cocaïne l'état général est moins bon, l'alimentation plus tardive, la céphalalgie et la rachialgie plus pénibles; les vomissements sont plus fréquents et l'élévation de température est très considérable mais très courte.

Enfin la stovaïne supprime la rétention d'urine des opérations de la région anale. On voit par ce parallèle que la stovaïne présente des avantages considérables sur la cocaïne et qu'elle mérite de lui être substituée partout et toujours.

Technique opératoire.

J'emploie d'après les préceptes de Guinard une solution de stovaïne au 1/10, en ampoules de 1 centimètre cube, stérilisées à l'autoclave à 115 degrés.

L'aiguille est celle de Tuffier modifiée par Tanon, c'est-à-dire obturée à son extrémité et percée d'un trou latéral de 3 dixièmes de millimètre. Cet orifice latéral ne se bouche pas comme l'orifice terminal qui fait souvent emporte-pièce avec la graisse et qu'on est ensuite obligé de déboucher avec un mandrin.

La seringue de Pravaz à piston stérilisable est plus commode que la seringue de Luer et que celle à piston métallique; ces seringues sont mal disposées pour la mensuration des gouttes et leur piston est trop mobile.

Voici comment je procède : je fais brider le tube de l'ampoule et j'y puise avec l'aiguille de Tuffier montée sur la seringue. Je remplis la seringue à moitié ; puis la tenant verticale, je fais glisser le curseur jusqu'au chiffre de la tige du piston correspondant au nombre de gouttes que je désire injecter. En général il faut injecter seulement 4 centigrammes (soit 8 gouttes) pour une cure radicale de hernie inguinale.

Le piston est alors poussé de façon à chasser l'excès de liquide. L'aiguille est désarticulée et la seringue est tenue verticalement par un aide au moyen d'une pince.

Le malade est alors mis en position.

S'il est très souffrant, je le fais coucher sur le côté droit, et fléchi sur lui-même en chien de fusil.

La position la plus commode pour l'opération est la station assise avec flexion du tronc et de la tête.

La région lombaire est frottée deux ou trois fois à l'alcool et on place une compresse stérilisée sur le dos du sujet et une sur la table d'opération.

On cherche alors la crête iliaque et on mène à ce niveau une horizontale qui passera par la 4e lombaire (Tuffier). Vous faites la ponction au-dessus ou au-dessous de cette vertèbre. Il est préférable de la faire un peu latéralement plutôt que sur la ligne médiane.

L'aiguille est dirigée obliquement en avant, en haut et en dedans ; après un parcours de quelques centimètres, on a la sensation de crever une peau de tambour, et, si on continue à enfoncer l'aiguille de quelques millimètres, on voit bientôt sourdre le liquide céphalo-rachidien.

On articule alors la seringue, on aspire le liquide dans la seringue pour diluer la solution, on tourne en haut le trou latéral de l'aiguille et on injecte le contenu de la seringue sans brusquerie.

On retire aussitôt l'aiguille, et on recouche le sujet.

On fait alors la toilette de la région à opérer, et au bout de dix ou quinze minutes on peut presque toujours commencer l'opération. Si, au bout de ce temps, l'anesthésie ne remonte pas suffisamment haut, il faut faire une nouvelle injection portant la dose totale de stovaïne à 7 ou 8 centigrammes.

Je n'ai pas à revenir sur les effets de l'injection ; je dirai seulement qu'il n'y a pas à s'occuper de l'accélération du pouls qui me paraît être toujours en rapport avec l'émotion. Il n'en est pas de même du ralentissement des pulsations qu'il faut combattre par une injection de caféine aussitôt que le pouls tombe à 60 ou au-dessous. La caféine relève, en effet, immédiatement le chiffre des pulsations.

Après l'opération, le malade boit un peu de café ou de rhum; quelques heures plus tard, il absorbe une tasse de thé.

Les douleurs de tête et la rachialgie sont fréquentes mais modérées.

Lorsque la céphalalgie est pénible, il faut la combattre par la glace sur la tête.

Si la rachialgie est intense, il est bon de faire une ponction lombaire qui évacuera 10 à 20 centimètres cubes de liquide; on peut recommencer cette ponction plusieurs fois.

Les vomissements sont assez rares; lorsqu'ils se prolongent au delà de vingt-quatre heures, il faut leur opposer la ponction lombaire et la glace sur la tête.

En général, dès le lendemain de l'opération, les malades se sentent très bien, s'alimentent et se lèvent lorsque la région opérée ne s'y oppose pas.

Appendice.

Ce travail était achevé lorsqu'un de nos confrères m'a communiqué l'observation suivante :

Malade de soixante-seize ans atteint de hernie étranglée la nuit précédente et ne présentant pas de phénomènes généraux graves; il a vomi et sa hernie est douloureuse, dure, irréductible.

Le 24 septembre, à *10 h. 42*, injection de 7 centigrammes de stovaïne provenant d'un stock dont la valeur anesthésique était défectueuse. Le pouls était alors à 60. — A *10 h. 49, l'anesthésie a atteint l'ombilic.* — A *10 h. 50, nausées, myosis, pouls petit, visage pâle, lèvres bleues.* On opère cependant de *10 h. 55* à *11 h. 10.*

Pendant l'opération la pâleur et la dyspnée augmentent, le pouls n'est plus perceptible, et à *10 h. 58 le pouls s'arrête et les réflexes disparaissent*; cependant le malade *conserve* des mouvements de *déglutition spontanée* qui sont aidés par les tractions de la langue. — Caféine, éther, *respiration artificielle*, sérum artificiel. — A *11 h. 25, le malade respire un peu*; à 11 h. 46, on cesse la respiration artificielle, le malade allant mieux, et on le ramène à son lit.

Le malade reprend l'usage de la parole à 2 h. 1/2; il est agité, amnésique, il a une sorte de délire tranquille. Quelques vomissements bilieux. Température, 37°8.

L'agitation persiste jusqu'au 26 septembre au matin; le malade présente alors de la débilité sénile et devient gâteux. Il reste pendant quelques jours dans cet état.

Le 3 octobre, il reprend ses facultés et rentre chez lui en bon état.

Réflexions. — Il est important de spécifier, à propos de ce malade, que les accidents s'expliquent par l'âge avancé du malade et par la haute dose de stovaïne.

Je n'aime pas à employer la stovaïne après soixante-cinq ans, de peur d'accidents.

La dose était un peu trop forte, étant donné l'âge et la nature de l'opération entreprise. Pour une cure radicale de hernie, 4 centigrammes suffisent ordinairement; si un malade était très réfractaire à la stovaïne, il vaudrait mieux lui injecter 6 centigrammes en deux fois qu'en une seule.

La conclusion à tirer de ce fait, c'est qu'il ne faut employer la stovaïne qu'avec beaucoup de prudence chez les personnes âgées, et à faibles doses.

Il faut bien, d'ailleurs, se rendre compte que l'anesthésie générale est elle-même assez dangereuse chez les vieillards, et que personne ne s'étonnerait d'une mort de chloroforme chez un sujet de soixante-seize ans; il faut donc faire crédit à la rachistovaïne et ne pas jeter le manche après la cognée quand bien même il arriverait un accident mortel, isolé, avec cette méthode.

J'ai eu connaissance d'un cas de mort après rachistovaïne. L'observation m'a été communiquée par un collègue non chirurgien et savant éminent.

En voici le résumé :

Femme de cinquante-deux ans soignée pour arthrite sèche des deux hanches, et éprouvant des douleurs très vives dans les membres inférieurs.

Le 13 juillet 1904 injection lombaire de 1 centigramme de stovaïne (solution à 1 p. 100). Il n'y eut pas d'anesthésie des membres inférieurs après l'injection, mais deux heures après survinrent des vomissements bilieux; à 3 heures après-midi la température jusque-là normale monte à 40°1, il y a de la somnolence. Le lendemain la somnolence augmente 40°2, mort dans le coma à 1 heure après-midi.

A l'*autopsie* « la partie inférieure de la moelle sur une hauteur de 5 centimètres est enveloppée d'un manchon crémeux adhérent à la pie-mère et formé de globules blancs. Les coupes de la moelle ont montré que cet afflux leucocytaire était tout à fait superficiel et que la moelle elle-même était intacte.

Dans toute son étendue la moelle était parsemée de plaques fibro-calcaires expliquant les douleurs constatées pendant la vie. »

Plusieurs réflexions s'imposent :

Cette observation diffère totalement de la précédente qui était un type d'intoxication; dans celle-ci l'absence d'intoxication est certaine puisque la malade n'a pas été anesthésiée et n'a pas eu d'arrêt du pouls ni de la respiration.

La malade me paraît avoir succombé à un processus inflammatoire dont je ne puis établir le mécanisme exact.

Quoi qu'il en soit cette observation ne prouve absolument rien contre la rachistovaïne.

Conclusions.

1° La dose de 3 centigrammes de rachistovaïne permet de faire toutes les opérations de la région périnéale, du pied, et de la jambe jusqu'au genou.

2° La dose de 4 à 5 centigrammes permet de faire avec une anesthésie certaine et parfaite toutes les opérations les cures radicales de hernies inguinales.

3° La stovaïne lombaire est très avantageuse pour la réduction des fractures et des luxations des membres inférieurs.

4° Il est difficile d'exécuter les laparotomies avec la rachistovaïne.

5° Les anesthésies médiocres sont en rapport avec des doses insuffisantes.

6° La stovaïne ralentit le pouls, même en cas d'hémorragie. Elle resserre la pupille, dilate les vaisseaux et congestionne légèrement la face et le bulbe. Elle n'expose pas du tout à la syncope et permet au besoin d'opérer les malades assis.

7° Les suites de la rachistovaïne sont très bénignes; elle permet l'alimentation immédiate; elle provoque une rachialgie ou une céphalalgie assez fréquentes, mais très légères; elle ne provoque qu'une faible élévation de température. Avec la rachistovaïne les opérations sur l'anus ne sont pas suivies de rétention d'urine.

M. Paul Reclus. — Voici juste un an que j'ai recours à la stovaïne. C'est le 1er octobre 1903 que son inventeur, M. Fourneau m'en apporta les premiers échantillons et, depuis cette époque, elle a systématiquement remplacé la cocaïne dans mon service.

Je la crois un peu moins anesthésique que la cocaïne à dose et solution égales, mais comme sa toxicité est beaucoup moindre, il y a grand avantage à recourir à la stovaïne qui donne une plus large marge avant d'atteindre les doses dangereuses; aussi peut-on, avec elle, couvrir un champ opératoire plus étendu. Avec elle j'aborderai plus volontiers les amputations des membres, dans les cas, bien entendu, de contre-indication du chloroforme ou de l'éther.

J'ai dit ailleurs, sur la foi d'expérience de M. Billon, que la stovaïne était vaso-dilatatrice. Je crois maintenant avec le professeur Pouchet qu'elle est sans action sur les vaisseaux; et si je l'ai crue vaso-dilatatrice c'était au début, lorsque je la comparais à la cocaïne nettement vaso-constrictive. En tout cas je n'ai jamais été gêné par la nappe sanguine issue de vaisseaux coupés et l'on

n'a pas besoin d'un aide spécial pour étancher le sang au cours de nos opérations ainsi que le dit, peut-être en forme de plaisanterie, l'auteur d'un article récent.

Notre collègue M. Chaput n'a pas observé la pâleur de la face; elle est en effet beaucoup plus rare qu'avec la cocaïne. Mais, dans nos anciennes anesthésies, cette pâleur avait deux causes : la cocaïne qui est vaso-constrictive et aussi la peur qui est non moins nettement vaso-constrictive. Avec la stovaïne, il ne reste plus qu'un de ces éléments, la peur, mais il existe et suffit parfois pour provoquer la lividité de la peau. Je l'ai constaté récemment en opérant un journaliste allemand extrêmement émotif: il a pâli au cours de l'opération qui s'est d'ailleurs heureusement terminée.

Somme toute, pour l'anesthésie localisée, je suis absolument content de la stovaïne dont le moindre pouvoir analgésique est plus qu'au delà compensé par la possibilité d'insensibiliser un champ opératoire plus considérable et d'user de l'analgésique pour ainsi dire sans compter. Néanmoins nous ne dépassons pas 20 centigrammes de solution active; mais n'oublions pas que ces 20 centigrammes en solution à 1/2 p. 100 nous font 40 centimètres cubes de liquide à injecter dans les tissus et l'on voit les opérations longues et compliquées qu'on peut alors entreprendre. Certainement la durée de l'anesthésie est aussi un peu moindre et ce matin même, vers la vingt-cinquième minute d'une opération — une névrotripsie du nerf tibial postérieur pour un mal perforant — les points de suture ont été un peu sentis sur quelques points de la peau. Mais, en vérité, cet inconvénient est si minime qu'il mérite à peine d'être signalé.

J'en arrive à la rachianesthésie par la stovaïne. J'ai failli me laisser entraîner et j'allais essayer de nouveau la ponction lombaire sous l'aimable et convaincante pression de mon élève M. Kindirdgy lorsque j'ai appris, le matin même et coup sur coup, les deux accidents dont nous a entretenus notre collègue. Ils m'ont plus ému qu'ils n'émurent notre collègue. Je trouve que les 7 centigrammes de stovaïne qui ont amené les accidents graves que vous savez sont bien près des 5 à 6 centigrammes employés par M. Chaput; et pour mon entière sécurité, je ne trouve pas la marge assez grande. Je désirerais au moins qu'en présence de cette observation on voulût bien se garder désormais d'injecter dans le canal rachidien plus de 4 centigrammes de stovaïne. Mais, à cette dose est-elle analgésique?

Notre collègue passe aussi légèrement sur la deuxième observation, celle qui a été suivie de mort. Lorsque nous avons critiqué la pratique de notre collègue Tuffier, nous avons eu de la tendance à admettre comme accidents dus à la cocaïne des observa-

tions qui prêtaient autant le flanc à la critique. Je serai aussi sévère pour la stovaïne et je remarque que les accidents qui se sont terminés par la mort ont commencé bien peu de temps après la rachianesthésie. Peut-être cependant pourrait-on invoquer autre chose pour innocenter la stovaïne. J'ai lu certainement, — mais je ne puis me rappeler ou — que les substances toxiques introduites dans le canal rachidien influencent vite et dangereusement le tissu médullaire déjà taré. D'après l'auteur du mémoire, il faut se garder de tenter la rachianesthésie dans les affections aiguës ou chroniques de la moelle. Or, dans l'observation citée par M. Chaput, l'injection lombaire avait été faite pour apaiser les douleurs causées par une maladie de la moelle.

Je ne voudrais pas insister sur la rachianesthésie par la stovaïne puisque je ne l'ai pas essayée, et j'ose à peine vous donner les raisons de l'extrême répugnance que j'ai pour ce genre d'intervention ; je me dis, presque malgré moi, que si dans l'infini des temps, les évolutions successives qui ont créé les espèces supérieures les plus résistantes ont pris soin de cacher profondément la moelle et de la protéger avec les multiples enveloppes de la peau, des muscles, de son étui osseux et de ses triples méninges, il devait y avoir à cela de précieux avantages.

La grosse objection que j'adresse à M. Chaput c'est que les deux tiers au moins des opérations qu'il pratique sous la rachianesthésie pourraient être faites facilement avec la stovaïne localisée, j'entends par là ses cures radicales de hernie, ses kélotomies, ses cures radicales d'hydrocèle, ses castrations, ses dilatations anales, ses ablations d'hémorroïdes, ses colpotomies, ses anus artificiels, ses résections de veines variqueuses. Je sais bien que l'opération sous la rachianesthésie est plus facile, plus brillante, mais j'ai coutume de dire que souvent le bien aise de l'opéré est fait du malaise de l'opérateur. Il faut savoir s'abstenir de larges coups de couteau, on marche à petits pas, à petite incision ; on ne décolle point avec les doigts largement les tissus ; l'intervention est plus lente, plus minutieuse, mais, l'opération terminée, le malade a du moins échappé aux dangers et aux accidents consécutifs de la rachianesthésie ou du chloroforme. Ce matin j'opérais une dame dont l'aisselle était encombrée de cinq ganglions survenus sept ans après l'ablation d'un cancer du cou. En se rappelant les trois jours de vomissements, les quatre à cinq jours d'embarras gastrique qu'avait provoqués le chloroforme de la première opération, bien que fort émotive, elle ne savait pas assez dire combien la stovaïne lui paraissait supérieure.

Donc, en résumé de la communication si précise et si documentée de notre collègue Chaput j'accepte presque complètement

la première partie, celle qui a trait aux injections localisées de stovaïne, mais je fais quelques réserves théoriques sur la rachi-anesthésie.

M. PIERRE DELBET. — Je n'ai jamais rien injecté dans le liquide céphalo-rachidien, parce que, comme mon maître, M. Reclus, j'ai un grand respect pour les centres nerveux. Je n'ai jamais fait de rachianesthésie ni par la cocaïne, ni par la stovaïne, mais je me suis servi de la stovaïne comme anesthésique local.

Mon expérience à son sujet est courte, je ne l'emploie que depuis la communication où M. Reclus a vanté ses mérites. Je ne l'ai employée que pour de petites opérations dont la plus considérable est une cure radicale d'hydrocèle.

Il ne m'a pas semblé que l'hémorragie fût plus considérable dans les opérations faites avec la stovaïne que dans celles qui sont pratiquées sous le chloroforme. Je ne crois donc pas que cette substance soit vraiment vaso-dilatatrice.

Mais j'ai eu l'impression que sa puissance anesthésique est moindre que celle de la cocaïne. Aussi en ai-je employé des doses plus fortes. Cependant je n'ai pas dépassé jusqu'ici vingt centimètres cubes d'une solution de 0,5 p. 100. Je n'ai observé aucun accident ni incident.

M. TUFFIER. — Depuis la dernière communication que je vous avais faite en 1901 sur l'analgésie par voie rachidienne, je suis resté fidèle à cette méthode, je n'ai jamais eu pendant ces quatre années aucun accident mortel ni aucun accident grave et je n'ai pas observé une complication consécutive ou tardive du côté du système nerveux. C'est après avoir bien pesé les objections qui m'avaient été faites que j'ai persisté dans cette voie, convaincu que je pouvais ainsi guérir mes malades sans aucun danger et avec un minimum d'accidents dus aux anesthésiques.

La technique que j'ai suivie est celle des injections isotoniques à 10 p. 100 telles que je les ai décrites dans ma dernière publication (*La Rachicocaïnisation*, Masson, 1903).

J'ai limité le champ de la rachi-anesthésie à toutes les opérations sur le membre inférieur, le rectum, le périnée, le vagin, l'anus, le scrotum et le testicule et un certain nombre d'observations sur la vessie.

A la requête de mon collègue et ami Chaput, j'ai substitué la *stovaïne* à la cocaïne et je l'ai employée en injections locales et en injections rachidiennes. Comme anesthésique local ce nouvel agent permet d'étendre le nombre des opérations qu'on peut avoir pratiquées et au lieu de cette *mince* trainée anesthésique qu'il était

si difficile de suivre, je pratique ce que j'appelle des *injections massives* au moyen d'un appareil que je pourrai vous montrer un jour. La possibilité d'injecter de grosses quantités de liquide constitue certainement un progrès. Je me suis bien gardé de combiner l'adrénaline à la stovaïne pour les deux raisons suivantes : la première c'est que j'ai trouvé cette substance très toxique, la seconde que je n'ai jamais constaté son action vasodilatatrice.

L'anesthésie par la stovaïne m'a laissé l'impression suivante :

L'étendue de la zone anesthésiée est moins considérable avec des doses égales à celles de la cocaïne; elle est aussi moins profonde, mais j'ai pu pratiquer avec ce nouvel agent toutes les opérations dans les régions dont j'ai parlé plus haut.

La question capitale en matière d'anesthésie, c'est, en somme, *les dangers* et les accidents immédiats ou consécutifs. A cet égard, la stovaïne diminue encore de beaucoup le nombre des inconvénients que peut présenter la cocaïne. Je ne vois guère que la céphalalgie, que je n'ai observée que deux fois, qui puisse avoir quelque inconvénient. Je n'ai pas constaté d'autre incident quelconque ni pendant ni après l'anesthésie. Je considère qu'il y a lieu de poursuivre ces études. La réaction bulbaire, les vomissements, les sueurs, la pâleur de la face, la petitesse du pouls qu'on observait avec la cocaïne ont disparu avec l'emploi de la stovaïne, et peut-être puis-je vous en donner la raison. Les solutions de cocaïne lorsqu'elles sont mélangées au liquide céphalo-rachidien restent limpides et diffusent rapidement dans toute la hauteur du canal rachidien. La stovaïne au contraire se précipite assez rapidement sur les matières albuminoïdes voisines et par conséquent *limite son action* au point de l'injection. On assiste à cette précipitation *in vitro* lorsque ayant dans la seringue les gouttes de la solution, on aspire le liquide céphalo-rachidien, on voit le liquide devenir trouble. Ce n'est pas un précipité qui se forme, mais la stovaïne reste en suspension. Le fait est facile à vérifier chaque jour et peut expliquer la limitation de l'anesthésie et l'absence de toute réaction bulbaire.

M. Chaput. — Mon maître, M. Reclus, me fait observer que les 7 centigrammes de l'observation de syncope stovaïnique ne sont pas très différents des doses que j'emploie. C'est exact, d'autant plus que j'ai même employé des doses de 8 centigrammes, et je considère que ces doses de 8 centigrammes sont très normales pour des sujets d'âge moyen et d'état général satisfaisant; la dose de 7 centigrammes me paraît excessive en raison de l'âge du sujet et de la nature de l'opération, puisqu'il s'agissait d'une cure de hernie, opération pour laquelle 4 ou 5 centigrammes sont large-

ment suffisants. M. Reclus nous parle encore des lésions du système nerveux à longue échéance occasionnées par la rachicocaïne ; je ne puis lui répondre que par mon expérience personnelle; j'ai revu de nombreux malades rachicocaïnisés il y a plusieurs années, et aucun d'eux ne présentait d'accidents médullaires.

Présentation de malade.

Résection du poignet gauche.

M. Lucas-Championnière. — Je présente un homme opéré depuis trois mois de résection du poignet gauche pour tumeur blanche. Une radiographie récente a pu être faite et est présentée en même temps. Voici les particularités sur lesquelles je désire appeler l'attention.

On voit que la résection est complète sauf les débris des os de la deuxième rangée du carpe et la conservation du pisiforme.

Chez ce sujet, les lésions étaient accentuées surtout du côté des os de l'avant-bras. Je n'ai conservé que des parties assurément saines après avoir enlevé des os tout ce qui offrait quelque mollesse et pouvait être suspect.

J'ai touché au thermocautère les surfaces osseuses. J'ai nettoyé la plaie avec le chlorure de zinc et la solution d'acide phénique au vingtième aussi chaude que possible et, comme dans toutes mes opérations articulaires, la réunion par première intention a été irréprochable.

On remarquera que l'opération a été faite par une seule incision dorsale un peu externe, la meilleure à mon gré, toujours parfaitement suffisante, quelle que soit la proportion des os enlevés.

Enfin, comme pour toutes mes résections articulaires conservant les mouvements, je n'ai jamais pratiqué d'immobilisation. Le poignet pansé a été seulement enveloppé de ouate de tourbe et, dès le quatrième jour, la mobilisation des parties a été commencée.

Dès à présent il y a quelques mouvements des doigts avec un retour de la région à la souplesse, car il est essentiel de noter que l'opération a été faite sur un sujet absolument impotent non seulement par les douleurs et la poussée inflammatoire, mais par un enraidissement des doigts avec œdème rendant toute fonction absolument impossible.

Tout nous permet d'espérer qu'il recouvrera la souplesse et un certain degré de force. J'ai surtout confiance en son avenir parce qu'il va retourner à la campagne et revenir à une vie plus hygiénique.

Présentation de pièce.

Rupture traumatique de la rate.

M. Auvray. — Rupture traumatique de la rate. Rapporteur, M. Demoulin.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1904

Présidence de M. PEYROT.



ALLOCUTION DE M. PEYROT

MESSIEURS,

La Société de chirurgie a perdu un de ses anciens présidents, le professeur Tillaux. Beaucoup d'entre nous voient disparaître avec lui un maître et un ami bien cher.

L'éloge de Tillaux sera fait quand le moment viendra, avec l'ampleur qu'il mérite.

Aujourd'hui je ne puis qu'adresser en votre nom un hommage ému au chirurgien habile et consciencieux, au professeur éloquent, au maître bienveillant, au juge intègre, à l'homme de bien qui porta si haut, toute sa vie, le sentiment de tous ses devoirs.

— La séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. Beinaky (de Smyrne), intitulé : *Lipome de la portion pylorique de l'estomac.*

— Le travail de M. Beinaky est renvoyé à une Commission dont M. HARTMANN est nommé rapporteur.

3°. — Un travail de M. G. de Rouville, intitulé : *Les ligatures artérielles dans le cancer inopérable de l'intestin. — Résultats thérapeutiques. Indications.*

— Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. HARTMANN est nommé rapporteur.

Communications.

Anévrisme poplité. Rupture du sac au cours d'une fièvre typhoïde,

par M. NÉLATON.

Messieurs, je veux vous rapporter l'histoire d'un anévrisme poplité qui s'est rompu au cours d'une fièvre typhoïde, parce que

ce cas me paraît comporter un enseignement et indiquer la conduite à suivre dans la plupart des cas d'anévrismes poplités.

Voici tout d'abord l'observation du malade au sujet duquel je désire présenter quelques réflexions.

Observation recueillie par M. Pataut, interne du service. — J... (H.), âgé de vingt-neuf ans, garçon marchand de vins. Entré le 21 juin 1904, salle Nélaton.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à l'âge de cinquante-deux ans d'une maladie de cœur.

Sa mère, vivante, est bien portante.

Le malade a perdu dix frères et sœurs, dont neuf morts en bas âge, un tué en 1870.

Antécédents personnels. — Le malade a eu des convulsions dans son bas âge. Blennorragie soignée à Ricord il y a un an. Il nie toute syphilis. Pas de stigmates d'alcoolisme. Pas de maladie infectieuse.

Entorse au pied gauche au début de 1903; il persiste encore un épaississement malléolaire.

Histoire de la maladie. — Le malade a commencé à ressentir des douleurs vagues dans l'articulation du genou vers le 15 juin dernier. Ces douleurs sont intermittentes et calmées par le repos et l'attitude en demi-flexion.

Ces douleurs augmentèrent rapidement, en même temps qu'apparaissait un œdème considérable.

Le malade entre à l'hôpital le 21 juin pour ces douleurs et cet œdème.

Examen de la région. — On constate à la région poplitée une tumeur assez volumineuse animée de battements très nets.

A la palpation, on constate que ces battements s'accompagnent de mouvements d'expansion; la tumeur est partiellement réductible.

A l'auscultation, le souffle fait complètement défaut; il apparaît cependant en comprimant moyennement l'artère poplitée au-dessus de la tumeur.

Les battements de la tumeur disparaissent par la compression de l'artère fémorale.

Les battements artériels sont très diminués au-dessous de la tumeur. La pulsation de l'artère tibiale gauche présente un léger retard par rapport à la droite.

L'articulation du genou est augmentée de volume sans hydarthrose réactionnelle. Les mouvements de l'articulation et la marche sont légèrement gênés; la flexion et l'extension forcée restent possibles.

La circonférence du membre est augmentée de deux centimètres au niveau de la tumeur; pas d'augmentation au niveau du mollet.

L'œdème n'apparaît que le soir après la station debout prolongée; il n'existe pas au repos.

Pas de troubles trophiques, pas d'altération de la peau, pas d'adénopathie.

Troubles sensitifs : élancements nocturnes dans la jambe et la cuisse.

Le malade quitte le service dans les derniers jours de juillet. Il y est ramené d'urgence le 11 octobre dans l'après-midi, venant du service de M. Mathieu à l'hôpital Andral, où il était entré le 10 septembre atteint de fièvre typhoïde, où il est soigné par la méthode des bains froids.

Au onzième jour de sa fièvre typhoïde, le malade se plaint de douleurs vives dans la jambe gauche avec engourdissement et œdème. On doit cesser la balnéation. Dans la suite apparaît sur le mollet une poussée d'érysipèle (?). La fièvre typhoïde continue son évolution; la température redescend vers la normale, lorsque au trentième jour, le 10 octobre, la fièvre remonte brusquement à 39 degrés ; l'état général devient mauvais ; les douleurs sont intolérables; le soir, une plaque de sphacèle apparaît au point le plus saillant de la tumeur.

Le lendemain, M. Mathieu envoie d'urgence le malade à l'hôpital Saint-Louis.

A l'examen du malade, on constate que la jambe est en demi-flexion couchée sur sa face externe ; le membre est doublé de volume, tous les tissus infiltrés œdémateux; on remarque au pli du jarret une plaque de sphacèle de la largeur d'une pièce de cinq francs et d'où sourdent quelques gouttes de sang.

L'exploration attentive du membre est impossible, vu l'œdème énorme et les douleurs intolérables ressenties par le malade ; il ne semble y avoir aucun battement au niveau de la tumeur, aucune pulsation au niveau de la tibiale postérieure.

L'état général est mauvais; fièvre à 38°5, pouls à 130.

A la première visite le lendemain 12 octobre, l'amputation est décidée et pratiquée séance tenante; une nouvelle plaque de sphacèle était d'ailleurs apparue pendant la nuit au niveau du mollet.

Le malade est anesthésié à l'éther ; on pratique l'amputation à deux lambeaux au tiers inférieur de la cuisse.

Les suites opératoires sont bonnes; la température tombe immédiatement; réunion par première intention.

Examen de la pièce. — La pièce est disséquée le jour même; la peau de la jambe est fendue sur la face postérieure depuis le creux poplité jusqu'au calcanéum.

Tous les tissus sous-cutanés sont infiltrés de sang et de sérosité.

L'aponévrose est rompue en haut et en la fendant de haut en bas on tombe sur un anévrisme diffu infiltrant la masse des jumeaux et du soléaire et s'étendant en bas jusqu'aux malléoles.

Toutes les parties molles sont noyées dans cette masse transformée par endroits en nappe purulente.

On enlève les jumeaux et le soléaire et on dissèque de bas en haut le paquet vasculo-nerveux tibial postérieur.

On constate que les nerf tibiaux postérieurs sciatique, poplité, interne et externe, la veine poplitée sont libres de toute connexion avec la tumeur.

L'artère est normale comme volume jusqu'à 3 centimètres au-dessus du tronc tibio-péronier.

La tumeur anévrismale siège en cet endroit. C'est une poche ovoïde

à grand axe vertical, lisse et régulière, du volume du poing environ; elle est rompue à sa partie postérieure moyenne et le sac, confondu dans l'anévrisme diffus, est difficile à reconstituer; il est rempli de lames de fibrine. Le sac occupe une hauteur de 5 centimètres sur l'artère poplitée.

Il siège au niveau de l'articulaire moyenne qui est dilatée; les veines qui accompagnent cette dernière sont comprimées et gorgées de sang.

Les autres artères collatérales au-dessus et au-dessous de la tumeur semblent normales.

L'articulation du genou est intacte; pas d'usure des ligaments ni des surfaces osseuses, pas de sang ni de sérosité dans l'intérieur de l'article.

La pièce complètement isolée des parties molles est fixée au formol et séchée.

A l'entrée du malade à l'hôpital j'avais constaté l'existence d'une tumeur ovoïde grosse comme la moitié de mon poing ou un peu plus grosse. J'avais pensé à un anévrisme fusiforme. Mon collègue M. Delbet examinant avec moi le malade pensa qu'il s'agissait d'un anévrisme sacciforme et que l'on pourrait assez facilement disséquer le sac, arriver à son pédicule, lier l'artère au-dessous de lui et réséquer l'anévrisme.

Tous deux nous fûmes d'accord pour faire suivre un traitement spécifique au malade avant de procéder à l'opération.

Sous l'influence de ce traitement une amélioration notable se produisit. Les vacances arrivèrent et le malade quitta les salles sans être opéré.

Il allait bien lorsque dans le courant de septembre il fut pris de fièvre typhoïde. Il fut conduit à l'hôpital Andral ou dans le cours de sa fièvre typhoïde se produisit un sphacèle du membre inférieur. Ramené dans mon service j'amputai le malade et je constatai que le sac s'était rompu, qu'un anévrisme diffus s'était produit et comme conséquence la gangrène du membre.

Mais je pus constater en outre que le sac n'atteignait pas le tronc tibio-péronier, qu'il n'était pas sacciforme, mais ovoïde, et qu'il était situé au-dessus du tronc tibio-péronier.

Je concluerai de cette observation que j'aurais dû opérer ce malade immédiatement après l'amélioration obtenue par le traitement spécifique.

M. Monod. — Je demande à M. Nélaton quelle distance il y avait, dans son cas, entre l'orifice afférent et l'orifice efférent du sac anévrismal?

M. Nélaton. — Je ne le sais pas exactement, deux à trois travers de doigt peut-être.

M. Guinard. — Je ne crois pas qu'on puisse dire avec M. Nélaton que s'il avait fait l'extirpation de cet anévrisme poplité, la gangrène du membre s'en serait suivie probablement. Il n'y a selon moi qu'un moyen d'affirmer le fait, c'est de faire l'extirpation et de voir ce qui se passe. En dehors de cet argument opératoire, il n'y a pas d'apparence anatomique qui puisse permettre de se prononcer. J'ai lié les plus grosses artères; en particulier, j'ai une fois lié l'aorte thoracique et j'ai pu constater que deux heures après, le pouls fémoral était parfaitement revenu des deux côtés. On peut donc faire fond en cas d'extirpation d'un anévrisme sur les ressources de la circulation collatérale qui sont extraordinairement étendues.

M. Anger (1).

M. Ricard. — J'ai opéré un cas d'anévrisme poplité dans lequel j'ai pu supprimer toute la hauteur de l'artère dans son trajet poplité, et cela sans inconvénient pour la circulation du membre.

M. Pierre Delbet. — M. Nélaton a eu l'amabilité de me montrer son malade, et je l'ai étudié avec lui. Entre le moment ou je l'ai vu et celui où sa tumeur s'est rompue, trois mois se sont passés, trois mois pendant lesquels il a eu une maladie générale capable de retentir sur les vaisseaux artériels; il est donc possible que les choses se soient notablement modifiées.

Quand j'ai vu le malade, mon impression, comme l'a dit Nélaton, avait été qu'il s'agissait d'un anévrisme sacciforme et que la communication entre l'artère et la poche était située à la partie supérieure de la tumeur. Il y avait en effet un souffle assez fort, dont le maximum était en haut. Dans les anévrismes fusiformes le souffle est souvent faible et s'entend également dans toute l'étendue de la tumeur. Naturellement je n'ai rien affirmé. Il s'agit là de nuances symptomatiques délicates à apprécier et, quand on veut donner au diagnostic cette précision, il ne saurait être question de certitude, mais seulement de probabilité.

En tout cas, j'avais emporté de mon examen attentif, et cela je me le rappelle fort exactement, la conviction que le malade guérirait très bien par l'extirpation.

J'ai été cependant d'avis, d'accord avec notre collègue, de mettre d'abord le malade au traitement spécifique. Il était syphilitique, et quand bien même nous n'aurions pas eu de certitude sur ce

(1) La communication que M. Anger a faite sur le même sujet nous étant parvenue trop tard pour être insérée dans le présent bulletin, sera publiée avec les comptes rendus de la prochaine séance.

point, j'aurais donné le même conseil. Voici pourquoi. Je suis convaincu que l'immense majorité des anévrismes qui n'ont pas une étiologie traumatique ou autre très nette, très précise, sont d'origine syphilitique; aussi me paraît-il bon de soumettre les malades au traitement avant de les opérer. Ce traitement n'a pas pour but de les guérir.

Car alors même que l'affaiblissement de la paroi artérielle qui a permis à l'anévrisme de se constituer est d'origine syphilitique, la lésion une fois constituée est plutôt de l'ordre des cicatrices, et, si elle peut être améliorée, je ne crois pas qu'elle puisse être guérie par le traitement. Mais celui-ci agit sur la paroi vasculaire et permet aux artères de faire plus correctement les frais de l'hémostase définitive après la double ligature.

Je ne pensais donc pas que le malade guérirait sous l'influence des injections mercurielles, je le pensais si peu que nous avions pris jour pour l'opération. M. Nélaton vous a dit comment les circonstances l'ont empêché de la faire.

Le plus grave des accidents qui puissent survenir à la suite du traitement des anévrismes, c'est la gangrène. C'est à elle que songeait M. Nélaton, lorsqu'il a dit que l'examen de la pièce l'avait conduit à penser que si on avait entrepris l'extirpation, on aurait été obligé de pratiquer l'amputation.

La gangrène post-opératoire a des causes diverses dont les unes sont d'ordre général et les autres d'ordre local.

Parmi ces dernières, la plus importante lorsqu'il s'agit du creux poplité V est l'extension de la tumeur vers le bas. Quand le tronc tibio-péronnier est intact, quand on peut mettre la ligature au-dessus de l'artère tibiale antérieure, les chances de gangrène sont très faibles.

Les choses vont tout autrement quand l'artère tibiale antérieure est envahie, et qu'au cours de l'extirpation on est obligé de placer le fil inférieur sur le tronc tibio-péronnier. Alors la gravité est infiniment plus augmentée, et le danger de gangrène est considérable. Mais si la gangrène est à craindre, elle n'est point fatale, et j'ai souvenir en ce moment d'un cas fort remarquable de Juvarra qui le prouve. La tumeur était considérable et la ligature dut être placée au-dessous du soléaire sur le tronc tibio-péronnier. Le malade a néanmoins bien guéri.

Je me suis appliqué à démontrer que de tous les modes de traitement des anévrismes, l'extirpation est celui qui expose le moins à la gangrène, et je suis de plus en plus convaincu que cela est vrai.

M. Monod a rappelé un malade qu'il a opéré et que j'avais vu, qu'il m'avait montré. La tumeur était énorme et le cas paraissait très défavorable. La guérison a cependant été parfaite. Comme il

l'a fait remarquer, ces gros anévrismes ne sont pas aussi terribles qu'ils en ont l'air parce que en général la circulation collatérale s'est largement développée autour d'eux.

C'est le développement de cette circulation collatérale qui m'a fait dire autrefois ici que la gangrène est d'autant moins à craindre que l'anévrisme est plus volumineux. Cette assertion, d'apparence un peu paradoxale, je la crois en partie vraie. Mais elle ne s'applique qu'aux cas où l'on fait l'extirpation. Lorsqu'on pratique la ligature à distance, il en va tout autrement.

En effet, après les ligatures à distance, la gangrène n'est pas toujours due, comme on est tenté de le croire, à l'insuffisance de la circulation. Je me suis appliqué à démontrer que dans bien des cas, la gangrène consécutive à la ligature est due non pas à l'insuffisance, mais au contraire à l'excès de la circulation collatérale. Voici ce qui se passe.

Après la ligature, les collatérales ramènent le sang non seulement au-dessous de l'anévrisme mais, dans le sac lui-même ; elles le ramènent au bout de quelques instants, de quelques heures, alors que se sont formés des caillots passifs de peu de consistance. Ces caillots, le nouveau courant sanguin les effrite, les morcelle ; il en entraîne des débris qui vont former des embolies. En somme la gangrène consécutive au traitement des anévrismes par la ligature est souvent d'origine embolique. Voilà pourquoi elle se produit dans des cas où les collatérales sont si développées qu'on les voit battre sous la peau, et même dans des cas où l'anévrisme n'est nullement influencé par la ligature et continue de battre et de souffler comme si de rien n'était.

Quand je dis, Messieurs, que l'extirpation est de toutes les méthodes de traitement des anévrismes celle qui expose le moins à la gangrène, cela ne veut pas dire que les ligatures à distance doivent fatalement gangrener le membre, cela ne veut pas dire qu'on ne guérira plus d'anévrismes par la ligature.

La gangrène est un accident terrible, mais qui n'a jamais été très fréquent. Je ne me rappelle pas les chiffres avec précision, mais il me semble qu'ils oscillent suivant les régions entre 5 et 12 p. 100. On pourrait donc présenter dix, douze, quinze, vingt malades guéris par la ligature sans rien prouver contre l'extirpation. On ne peut juger de la question que sur des statistiques considérables, et c'est pour cela que j'en ai fait deux qui portent sur un grand nombre de faits : l'une a été publiée dans la *Revue de chirurgie*, l'autre communiquée au Congrès de chirurgie de 1895. Toutes les deux prouvent que la gangrène est deux fois plus fréquente après la ligature qu'après l'extirpation.

M. Nélaton nous a dit qu'ayant examiné les pièces, il se deman-

dait si, dans le cas où on aurait entrepris l'extirpation, on n'aurait pas été obligé d'y renoncer et de recourir séance tenante à l'amputation. Il s'agit de pièces recueillies après la rupture et trois mois après le moment où il avait été question d'opération. Il n'est pas douteux que pendant ce laps de temps, les choses s'étaient notablement aggravées, et il me paraît difficile de juger sur les pièces recueillies au mois d'octobre de ce qu'on aurait pu faire au mois de juillet.

D'ailleurs, je suis tenté de croire que lorsqu'on a entrepris l'extirpation, il vaut mieux la pousser jusqu'au bout si mauvaises que soient les conditions. On n'est jamais sûr que la gangrène se produira. Ne vaut-il pas mieux laisser le malade profiter des rares bonnes chances qui lui restent ?

M. Monod. — Je ferai alors remarquer que chez un malade opéré par moi d'anévrisme poplité, et dont j'ai présenté ici l'observation, la distance qui séparait les deux orifices artériels, et dont je n'ai pas non plus le souvenir exact, était certainement plus grande que chez le malade de M. Nélaton.

Et cependant, à mon étonnement, je l'avoue, après l'ablation de la tumeur, je n'eus pas un instant crainte de voir la gangrène s'établir. Dès le lendemain, les orteils étaient chauds et de couleur normale et sont restés tels.

J'ai insisté sur ce fait lorsque je vous ai parlé de ce malade. J'attribuais cet heureux résultat au gros volume et à l'ancienneté de la tumeur, double fait qui avait permis à la circulation collatérale de s'établir d'avance, avant mon intervention.

Je ne crois donc pas que, chez le malade de M. Nélaton, la gangrène eût été aussi à craindre qu'il le pense.

L'intervention chirurgicale dans les tumeurs du gros intestin (le rectum excepté)

par M. HENRI HARTMANN.

La question du traitement opératoire des tumeurs du gros intestin n'a guère été abordée à notre tribune ; aussi m'a-t-il paru intéressant d'attirer sur elle votre attention. J'ai eu l'occasion, pendant ces trois dernières années, d'enlever dix tumeurs du gros intestin, je prends ici le terme tumeur dans son sens clinique, envisageant non seulement les néoplasmes, mais aussi les tumeurs inflammatoires simples ou tuberculomes.

Mes 10 cas comprennent : 1 cancer de l'angle gauche du côlon, 1 cancer du côlon descendant, 1 cancer du côlon iliaque, 3 cancers du cæcum, 4 tuberculomes du cæcum. J'ai eu 2 morts et 8 guérisons. A ces 10 cas je puis ajouter 4 résections faites antérieurement à l'hôpital Bichat alors que j'étais l'assistant du professeur Terrier, 2 pour tuberculomes du cæcum, avec 1 mort et 1 guérison, 1 pour tumeur inflammatoire du cæcum avec rétrécissement de l'intestin, 1 pour tumeur inflammatoire avec rétrécissement de l'intestin et fistules pyostercorales, toutes deux guéries.

Au total 14 cas avec 11 guérisons et 3 morts, soit une mortalité générale de 18 p. 100.

Je commencerai par parler des morts, ce sont les cas les plus instructifs. Une a été consécutive à une péritonite post-opératoire; il s'agissait d'une résection pour tuberculome cæcal, faite il y a huit ans, à une époque où ma technique n'était pas arrêtée. Une a de même été causée par une péritonite consécutive à la résection d'un cancer de l'angle gauche du côlon, suivie d'entérorraphie circulaire.

L'opération avait été faite en un temps, suivant une pratique que je rejette actuellement pour l'ablation des cancers de cette région. Ces deux morts sont le fait de l'opération et pouvaient, croyons-nous, être évitées.

La troisième ne m'est pas imputable; il s'agissait d'un malade en état d'occlusion, très affaibli, chez lequel j'ai fait la résection du côlon iliaque combinée à l'anus artificiel, et qui a succombé malgré l'intervention, sans péritonite, avec du subictère et des accidents d'infection générale tenant à l'époque trop tardive de l'intervention.

N'ayant pas l'intention d'aborder ici dans tous ses détails la question du traitement opératoire des tumeurs du gros intestin je laisserai de côté mes observations d'*anus artificiel simple* sans excision immédiate de la tumeur. Cet anus artificiel simple ne me semble convenir qu'aux cas accompagnés d'occlusion, où une opération plus importante semble contre-indiquée par suite de l'état précaire des malades. Elle pare au plus pressé, fait cesser les accidents d'occlusion et permet quelquefois de pratiquer secondairement une opération plus complète. Quelques chirurgiens le regardent encore comme indiqué, en dehors de l'occlusion aiguë, dans les cancers inextirpables par infiltration du méso; nous lui préférons alors l'*entéro-anastomose*.

Laissant tous ces faits de côté, je désire me limiter à ceux où la *résection immédiate de la tumeur* semble possible. Dans ces cas il est généralement admis à Paris que la résection doit être suivie de restauration immédiate du canal intestinal; cette manière de

faire, bonne pour les tumeurs de l'intestin grêle, ne nous semble pas devoir être toujours adoptée pour les tumeurs du gros intestin. En présence de celles-ci, la conduite opératoire ne doit pas toujours être identique.

Une première distinction s'impose :

1° Il y a des symptômes d'occlusion;

2° Il n'y a pas de symptômes d'occlusion.

1° Quand il y a **des symptômes d'occlusion** à part le cas d'affaiblissement considérable où la nécessité d'une opération très rapide pratiquée au besoin à la cocaïne s'impose, l'anus artificiel simple me semble insuffisant et inférieur à la conduite qui consiste à faire la résection de la tumeur et à fixer les deux bouts de l'intestin dans la plaie, faisant en somme une résection suivie d'anus artificiel. Cette pratique me semble plus prudente que la résection suivie d'une plastie totale immédiate et supérieure au simple anus artificiel qu'on faisait autrefois. J'opère de la manière suivante :

La tumeur étant libérée de ses connexions je l'amène au dehors du ventre, je ferme par une couronne de sutures en surjet, non perforantes, ma plaie en unissant les deux bouts de l'anse extériorisée aux lèvres de l'incision du péritoine pariétal, ce qui peut se faire rapidement et sans crainte d'infection péritonéale puisque l'intestin n'a pas encore été ouvert. Je tamponne ensuite mollement la plaie autour de l'intestin hernié avec de la gaze iodoformée. Une fois le ventre fermé, je donne sur le bout inférieur de l'anse extériorisée, et à ras de la peau, un coup de pince écrasante, je place un fin catgut sur le point écrasé puis je coupe l'intestin à ce niveau.

Je procède de même à l'égard du bout supérieur, avec cette différence qu'au lieu de faire l'écrasement et la section au ras de la peau, je ménage sur ce bout supérieur, dont une certaine longueur a été intentionnellement attirée à l'extérieur, 6 à 7 centimètres d'intestin, ne faisant l'écrasement qu'à une certaine distance de la plaie abdominale.

A ce moment, du ventre, entièrement fermé, sortent deux bouts d'intestin, l'un inférieur fermé ne faisant aucune saillie, l'autre également fermé, mais plus long et pendant comme une sorte de pénis flasque au-devant de la paroi abdominale. Sur ce dernier, je fais une petite boutonnière par laquelle j'engage soit une sonde rectale, soit une canule à injection en verre; je lie fortement l'intestin sur la canule ou la sonde, j'adapte à l'extrémité de celle-ci un tube de caoutchouc qui descend dans un seau à côté du lit, et je fais le pansement de la plaie, laissant passer la canule à travers ce pansement. Comme les produits septiques de l'intestin

sont conduits au dehors, on peut laisser le pansement en place pendant quatre à six jours. La ligature de l'intestin sur la canule peut alors être enlevée et la canule retirée; le bout supérieur se rétracte peu à peu et, finalement, ne fait qu'une saillie minime au niveau de la plaie.

Une quinzaine de jours après cette première opération, nous ouvrons le ventre de nouveau, écrasons les deux bouts qui se rendent à l'anus artificiel, enfouissons les deux moignons écrasés, puis faisons une entéro-anastomose latérale et terminons par l'excision de l'anus artificiel et la suture de la plaie.

2° Quand il n'y a **pas de symptômes d'occlusion**, quelques chirurgiens allemands, entre autres Mikulicz, opèrent d'une manière un peu analogue à celle que nous venons d'indiquer pour les cas accompagnés de symptômes d'occlusion. A notre avis il y a lieu d'établir une distinction, suivant le *siège de la lésion*. Lorsque celle-ci occupe le cæcum nous opérons en un temps, lorsqu'elle occupe une autre région du gros intestin nous opérons comme dans les cas accompagnés de symptômes d'occlusion. C'est faute d'avoir suivi ces principes que nous avons perdu de péritonite un malade porteur d'un cancer de l'angle gauche du côlon.

S'il est en effet facile, dans les tumeurs du cæcum, de limiter très exactement le champ opératoire à la fosse iliaque et de ne pas avoir d'infection de la grande séreuse, il n'en est pas de même pour les opérations pratiquées sur le reste du gros intestin. Au cours de ces résections l'infection du ventre est facile, et il est, croyons-nous, plus sage d'opérer en deux temps comme nous l'avons indiqué.

Au contraire lorsque nous pratiquons une résection du cæcum, comme la région peut être bien isolée du reste de la cavité péritonéale, que nous n'avons pas à craindre l'infection de cette cavité, nous préférons tout terminer en un temps. Après l'excision de la tumeur nous écrasons les deux bouts, et enfouissons les moignons d'écrasement liés, puis nous établissons une entéro-anastomose latérale, faisant un drainage temporaire du foyer opératoire.

En suivant ces principes on obtiendra des résultats très supérieurs à ceux qu'on avait autrefois et l'on verra diminuer considérablement la mortalité qui, dans la statistique de Bovis, s'élevait encore à 40 p. 100.

Rapport.

Pleurésie purulente à pneumocoques. Ouverture dans les bronches et à la peau. Chronicité. Fistule et vomique persistantes. Cachexie. Résection thoracique. Décortication et résection de la plèvre pulmonaire. Guérison, par M. le Dr A. JEANNE, professeur à l'École de Rouen.

Rapport par M. TUFFIER.

Messieurs, voici un cas de pleurésie chronique, invétérée, avec sclérose considérable de la plèvre, et état misérable du patient où la thorocoplastie par le procédé de Schede, combinée à la décortication de la plèvre pulmonaire, a procuré une guérison complète, rapide et définitive. Alors que nos tendances actuelles sont de préférer en pareille circonstance les résections costales successives, de chercher à transformer en plusieurs opérations, par étapes, les poches profondes et étendues en poches plates et limitées, il m'a paru intéressant de vous présenter une observation, vieille de près de cinq ans, qui montre qu'une seule intervention peut suffire.

Le 4 mars 1899, le nommé M... (Georges), âgé de trente-six ans, jusque-là bien portant, est pris de frissons, de fièvre, de points de côté, vomit et est transporté à l'Hôtel-Dieu de Rouen où on diagnostique une pneumonie droite. L'affection se prolonge, le malade expectore des crachats verts. A la fin de mars; on constate les signes d'une pleurésie droite. Le 4 ou 5 avril suivant, une ponction thoracique avec l'appareil Potain retire 1 litre de pus jaunâtre, épais, où l'examen bactériologique décèle des pneumocoques. Pendant toute cette première période, la température s'était maintenue entre 39 et 40, elle baissa après la ponction. Le 18 avril, le côté augmentant de volume, *nouvelle* ponction donnant issue à un pus épais, verdâtre. Le 5 mai, *troisième* ponction évacuant encore un demi-litre de pus. Deux jours après, apparition d'une *tuméfaction du côté droit*, qu'on prend pour un empyème de nécessité, qu'on incise, et dont il ne sort rien. Le 10 juin, nouvelle incision à 2 centimètres plus haut que la première; il s'écoule du pus, et depuis lors l'incision est restée fistuleuse. Le 12 juin, vomique purulente abondante, et depuis ce moment, tous les jours, surtout le matin, le malade remplit son crachoir d'un demi-litre de pus, tandis qu'il en sort à peu près la même quantité par la fistule cutanée.

Il entre dans le service du Dr Jeanne le 11 juillet. C'est un débardeur de petite taille, amaigri, affaibli, il dit avoir été très robuste. Le teint est grisâtre, plombé, la face en sueur; il est haletant. En le découvrant, on voit que son amaigrissement est énorme, les membres ne

sont pas plus gros que ceux d'un enfant de dix ans, décharnés et flasques; la peau est sèche et écailleuse, flotte sur ces muscles atrophiés. Un œdème mou déforme les membres inférieurs des pieds jusqu'à mi-cuisse. Les mains aussi sont œdématiées.

L'examen de l'*abdomen* montre que sur la ligne mamelonnaire la matité *hépathique* commence à deux doigts au-dessus du mamelon descend à deux doigts au-dessous des fausses cotes; mais, en réalité, comme je le vis plus tard, le *foie* n'était pas hypertrophié, mais simplement abaissé et sa zone de matité se continuait avec celle de la cavité pleurale suppurante. La rate est normale.

Examen du *thorax*. Le périmètre de la base du thorax paraît considérable, quand on le compare à la gracilité des membres. *L'hypochondre droit est élargi*, uniformément saillant, les espaces intercostaux étant effacés, sans qu'il y ait à proprement parler une voussure ; à ce niveau, les mouvements respiratoires sont imperceptibles, le côté droit est dilaté et la demi-circonférence droite est plus considérable que la gauche. Cette asymétrie a entraîné une déviation de la colonne vertébrale, sous forme de scoliose à concavité droite. Un orifice fistuleux, d'où s'échappe du pus, existe au niveau du 10[e] espace intercostal, sur le plan latéral, à 12 centimètres de l'épine dorsale.

Le poumon *gauche* n'offre à signaler que de l'exagération du murmure vésiculaire.

A droite, l'investigation ne donne pas les mêmes résultats en arrière qu'en avant.

En avant, sonorité augmentée, quasi tympanique, respiration faible, mais perceptible sur une grande hauteur. En arrière, la percussion décèle trois zones, ainsi étagées de haut en bas : du sommet à l'épine de l'omoplate : matité ; de cette épine jusqu'à trois travers de doigt plus bas : submatité ; enfin zone inférieure, complètement mate, où les vibrations sont tout à fait abolies.

L'auscultation révèle des différences aussi suivant ces zones : zone supérieure : faiblesse du murmure vésiculaire ; zone moyenne : souffle tubaire; zone inférieure : quelques gros râles humides, respiration faible.

J'ai déjà parlé des troubles fonctionnels : tous les jours, le malade remplissait deux crachoirs d'un pus verdâtre; et à chaque quinte de toux, le liquide purulent sortait abondamment par sa fistule, obligeant à changer son pansement deux fois par jour. Il souffrait spontanément et à la pression sur le trajet et à l'émergence des derniers nerfs intercostaux et du premier lombaire.

On ne sera pas surpris que ce malheureux fut profondément déprimé et cachectisé par cette suppuration si abondante, et que son poids fut tombé à 95 livres. Oppressé, obligé de rester assis, étouffant et le visage en sueur au moindre effort, le teint terreux, maigre et œdématié, ayant des urines rares et albumineuses, il donnait à tous l'impression que sa fin n'était plus qu'une question de jours. J'ajouterai d'ailleurs qu'il présentait aussi les signes d'une profonde intoxication alcoolique, hyperesthésie cutanée des membres inférieurs et de l'abdomen bilaté-

rale et symétrique, allant en décroissant de bas en haut, cauchemars, réveils en sursaut, etc. Au reste, il avouait absorber par jour 6 décilitres d'eau-de-vie et 3 absinthes, et quand il fournissait un travail de nuit, la ration quotidienne atteignait 1 litre (1).

Du 11 au 17 juillet, la température des trois premiers jours oscilla entre 38 et 38°8. Elle s'abaissa progressivement les jours suivants pour atteindre 37°4 la veille de l'opération.

Opération, 17 juillet. Chloroforme,

Incision postéro-latérale parallèle à la 10e côte, passant par l'orifice fistuleux, et longue de 10 centimètres. Cette côte et la côte sus-jacente sont réséquées sur une longueur de 8 centimètres, et la cavité pleurale bien ouverte pour admettre les regards et le doigt; le pus s'écoule. Ce qui frappe tout de suite, c'est l'épaisseur et la modification profonde des couches de la paroi thoracique; elles sont méconnaissables et presque indistinctes les unes des autres, les muscles intercostaux, la plèvre ne sont plus qu'une gangue amorphe, d'un blanc grisâtre, lardée de quelques travées jaunes d'une graisse indurée. La plèvre pariétale n'a pas moins de *1 centimètre* à cet endroit. Le doigt se dirigeant en arrière rencontre le poumon extrêmement adhérent, soudé à la gouttière costale par des lames solides et résistantes et arrive bien à la partie déclive du cul-de-sac pleural. En avant et en haut, une vaste cavité s'étend obliquement de ce point déclive jusque sous le sternum; une grande pince à pansement y disparaît.

M. Jeanne se décide à faire la résection totale de la paroi dans une étendue correspondante à cette cavité. De l'extrémité postérieure de sa première incision, il en décrit une autre quasi verticale qui remonte jusqu'à la 6e côte, tout près de l'angle des côtes. De l'extrémité antérieure, il incise encore de bas en haut, se dirigeant un peu obliquement en avant jusqu'au-dessus et en dedans du mamelon et délimite ainsi un large lambeau en U dont la branche antérieure remonte plus haut que la postérieure. Les muscles sont sectionnés au ras de la peau et le lambeau musculo-cutané est disséqué et relevé aussi haut que possible, laissant voir largement à nu le squelette thoracique. En partant de la brèche déjà faite par l'ablation des 9e et 10e côtes, je résèque de bas en haut, à la cisaille, d'un seul bloc, les 8e, 7e, 6e, 5e, 4e et

(1) Voici, à titre de document curieux sur des habitudes d'alcoolisme des ouvriers des quais à Rouen, l'emploi de la journée de cet homme :

Au lever, soupe et café et 1 décilitre d'eau-de-vie (ce qu'il appelle 1 sou ou 4 sous, c'est-à-dire 1 sou de café et 4 sous d'eau-de-vie).

Avant de commencer son travail (café et 1 décilitre d'eau-de-vie).

A 9 heures, un café, 1 décilitre d'eau-de-vie.

A 11 heures, absinthe.

A midi, déjeuner, café, 1 décilitre d'eau-de-vie.

De 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2, rien.

A 4 h. 1/2, pain, cidre, café, 1 décilitre d'eau-de-vie.

A 6 heures, absinthe.

A 6 h. 1/2 ou 7 heures, nouvelle absinthe.

Dîner terminé par café et 1 décilitre d'eau-de-vie.

Il dépensait ainsi par jour 2 francs et plus d'eau-de-vie et d'absinthe.

3e côtes, les parties molles intercostales correspondantes et la plèvre, sur une largeur de six travers de doigt au niveau des côtes inférieures, de quatre au niveau des supérieures; on peut mettre commodément les deux mains dans la cavité thoracique. Dans le fond, une masse d'un blanc grisâtre, immobile, c'est le poumon recouvert de la plèvre viscérale et qui est incisée prudemment en dédalant; elle est épaisse de 2 à 3 millimètres, ferme, parcheminée, ne s'affaissant pas, et laissant voir le tissu pulmonaire bleuâtre. Décollement sans peine avec les deux index, la sonde cannelée, la pointe des ciseaux fermés, de ce feuillet aussi loin que possible, il est réséqué et finalement toute la surface de l'organe visible dans la brèche thoracique et même au delà, est complètement à nu. La scissure interlobaire est comblée, on commence à décoller l'un de l'autre, les deux lobes, mais à une profondeur de 3 centimètres, environ, le tissu du poumon, faible, se déchire, saigne et on renonce à poursuivre plus loin la séparation interlobaire. Le poumon s'est déjà dilaté, mais comment juger s'il est suffisamment libéré pour remplir ultérieurement la cage thoracique? Pensant qu'au moment d'un effort, l'air expiré par le poumon sain, trouvant la glotte fermée, irait remplir et insuffler ce poumon atélectasié, il usa de l'expédient suivant. *La chloroformisation est suspendue*, le malade commençant à se réveiller, s'agite, remue, fait effort et en effet le poumon achève de se déplisser et vient de combler le vide fait par ma résection, sauf en trois ou quatre points. Mais désirant que la cavité pleurale fut dûment remplie et qu'il ne subsistât pas d'espace mort, on enlève encore quelques centimètres de côtes, on libère encore quelques centimètres carrés de poumon, par résection de la plèvre enveloppante, et travaillant tantôt du côté du squelette, tantôt du côté de l'organe, on ne s'arrête que lorsque l'assouplissement est complet, que lorsque le poumon affleure partout la brèche costale, et qu'il est évident qu'il pourra se juxtaposer sans effort au lambeau musculo-cutané rabattu. Puis celui-ci est rabattu en effet, maintenu en place par une vingtaine de points au crin de Florence; un drain est laissé en place à la partie déclive. Un pansement sec est appliqué.

Les suites opératoires furent des plus simples. Dès le lendemain, l'expectoration purulente si abondante cessa pour ne plus se reproduire et la respiration fut plus libre. Il n'y eut pas d'élévation de température, sauf le troisième jour où elle atteignit seulement 38 degrés. Les jours suivants et jusqu'à la sortie, elle ne dépassa jamais 37°4 le soir. Pendant quelque temps, le pouls fut à 120 et baissa ensuite. Les pansements furent faits d'abord matin et soir, puis quotidiennement; la suppuration diminua très vite. En même temps, l'état général s'améliora de façon étonnante; l'appétit revint, et le malade engraissa. Il sortit deux mois après l'intervention, ayant encore son drain, mais la très faible suppuration qui persistait était vraisemblablement due à la nécrose d'un petit fragment de côte qui s'élimina ensuite.

Voici une note prise sur son état le 14 septembre, la veille de son départ : Il se sent assez vigoureux, a augmenté de plusieurs livres; il est rose, coloré; les jambes ne sont plus enflées. Des pansements sort

une quantité insignifiante de pus très clair. *Le ventre est devenu asymétrique*, la moitié droite dans les deux tiers supérieurs étant plus aplatie, plus large et plus molle que de l'autre côté, mais en somme paraissant plus volumineux que le côté gauche, comme dans la paralysie faciale; le côté paralysé paraît agrandi et étalé par rapport au côté sain. Cette distension et cet amollissement de la paroi abdominale sont surtout accusés immédiatement au-dessous du rebord costal et s'accentuent par l'effort; ils sont exactement localisés à la moitié droite et ne dépassent pas la ligne médiane. Ces symptômes sont évidemment dus à la paralysie de la moitié ou des deux tiers supérieurs des muscles de l'abdomen, parce que sept ou huit nerfs intercostaux ayant été sectionnés, ces parties ont perdu leur innervation; leur partie inférieure au contraire est restée intacte et agitante, puisque les 11ᵉ, 12ᵉ intercostaux et les abdomens génitaux qui s'y rendent ont été épargnés. Cette interprétation est confirmée par quelques troubles de la sensibilité intense : il existe une zone anesthésique sous forme de bande verticale située à 12 centimètres à droite de la ligne médiane, étendue du mamelon à deux doigts au-dessous de l'ombilic, large d'environ une paume de main. Une autre zone d'anesthésie, continue avec le haut de la précédente, s'étend tout le long de la cicatrice, sur une largeur de trois doigts.

Sortie le 15 septembre. L'opéré revient se faire panser tous les trois ou quatre jours; au bout d'une semaine, un petit fragment de côté nécrosé, long de 3 centimètres est éliminé; la suppuration cesse complètement, le drain est enlevé, et l'orifice qui lui donnait passage est vite cicatrisé. L'opéré est revu au mois de mars suivant; il est bien et parfaitement guéri, coloré et musclé. Il pesait 45 kilog. avant l'intervention, il en pèse maintenant 68; il est débardeur sur le port et charge sur ses épaules des sacs de 100 kilog.

Voici les résultats de l'examen local : La cicatrice a la forme d'un fer à cheval embrassant le côté droit, allant du mamelon à la pointe de l'omoplate. L'hypochondre droit est un peu plus saillant et dépressible que le gauche. Examen du poumon gauche : percussion normale, murmure vésiculaire, faible et irrégulier dans la fosse sus-épineuse, respiration puérile dans le creux sous-claviculaire. Examen du poumon droit (côté opéré). En arrière, son pulmonaire normal jusqu'à la 9ᵉ côte; au-dessous, matité. A l'auscultation, murmure vésiculaire très faible dans les fosses sus-épineuse et sous-épineuse, normal dans la zone interscapulo vertébrale et au-dessous de l'omoplate jusqu'à la base, du moins quant au timbre et à la tonalité, car le rythme est modifié, chacun des deux temps étant plus court. Dans la région de l'aisselle, respiration ample jusqu'au voisinage de la cicatrice. En avant, elle est normale jusque près du mamelon, au-dessous duquel elle cesse complètement.

Revu en février 1901 cet homme était toujours aussi robuste, prétendait en plaisantant qu'il se baissait plus facilement. Il est

très musclé et est employé actuellement comme garçon boulanger, sans que la moindre dyspnée l'entrave dans ce nouveau métier. Dans la région réséquée, la paroi thoracique est affaissée et se *déprime* pendant l'inspiration. Les extrémités antérieure et postérieure de côtes réséquées paraissent être rapprochées les unes des autres, car on a la sensation d'une résistance osseuse sous la peau et les muscles. La respiration se fait comme je l'ai indiqué précédemment.

Un an et demi plus tard; son excellent état était resté le même; il avait repris son métier de débardeur.

En résumé, la thoracectomie (1), combinée à la décortication pulmonaire, a donné un succès rapide, complet et durable chez un homme qui se mourait d'une suppuration pleurale. Le résultat fonctionnel a été parfait, puisque l'opéré se livre depuis aux plus rudes travaux, aux durs métiers qui exigent une ventilation pulmonaire énergique, tel que celui de boulanger et de portefaix.

En somme, cette opération ne prétend pas servir de modèle, et les résections partielles que nous avons défendues ici récemment dans le traitement des empyèmes chroniques conservent toute leur valeur. Mais elle montre bien comme nous l'avons exprimé ici, le rôle de la rigidité des parois dans la persistance de ces cavités, puisqu'il suffit de supprimer la coque ostéofibreuse pour voir les phénomènes septiques se dissiper et la cavité suppurante disparaître. M. Jeanne a eu le mérite de nous faire assister à toute son opération, et nous le voyons réséquer sur le feuillet pariétal ou sur le feuillet viscéral, la coque ostéo-pleurale, les brides, les membranes fibreuses, en un mot tout ce qui résiste et empêche la coalescence des parois. C'est ainsi qu'il faut procéder pour ne faire ni trop, ni trop peu.

Je crois pour l'avoir employé, que le petit artifice qui consiste à *interrompre l'anesthésie de l'opéré* pour voir ce que l'effort, sous l'influence du réveil donnera de jeu au poumon, peut rendre grand service, c'est un moyen qui n'a pas été suffisamment indiqué par les opérateurs. Enfin, l'étude complète du malade fait insister l'auteur sur cette *parésie musculaire du tiers supérieur des muscles abdominaux* et sur la forme que prend l'abdomen, sa paroi amincie, facilement dépressible, étalée, bombant à ce niveau et

(1) Le terme de thoracoplastie, couramment employé, me paraît devoir surtout s'appliquer aux opérations semblables à celles de Quénu qui cherchent un assouplissement de la cage thoracique sans résection costale, ou à celles où on n'exécute qu'un désossement de la paroi. Il me semble qu'il vaut mieux désigner par thoracectomie l'opération qui résèque en bloc toute la paroi, muscles intercostaux et plèvre pariétale, de même qu'on dit cranectomie pour désigner la résection de la boîte cranienne.

faisant paraître le ventre plus large de ce côté. Ce fait clinique n'a pas, que je sache, été relevé dans les opérations antécédentes.

Pour toutes ces raisons, je vous demande d'adresser des remerciements à notre collègue, aussi sagace que consciencieux, et comme les observations et les données cliniques très intéressantes qu'il nous a communiquées sont déjà nombreuses, je vous prie de vous rappeler son nom lors de nos élections au titre de membre correspondant de notre Société.

Présentations de malades.

M. WALTHER. — Le malade que je vous présente a été déjà présenté par mon ami M. Béclère à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 10 juin 1904. Vous trouverez dans le Bulletin de la Société médicale l'observation complète de ce fait intéressant.

Mais comme j'avais vu le malade au mois de décembre dernier, que je l'avais, sans grand espoir dans l'efficacité du traitement, envoyé à M. Béclère, j'ai cru intéressant de vous le montrer aujourd'hui.

Voici en très court résumé son histoire. Début de l'affection en juillet 1900, par une petite tumeur à l'angle externe et inférieur de l'orbite, tumeur qui acquiert bientôt le volume d'une noisette et qui est ponctionnée, car on avait porté le diagnostic de kyste hématique à cause de la teinte bleuâtre que laissait transparaître la peau.

En octobre 1900, M. le Dr Gangolphe voit le malade, porte le diagnostic d'ostéo-sarcome de l'os malaire, et le 20 novembre, il pratique l'ablation de l'os malaire et du sommet de la pyramide du maxillaire supérieur, ce qui entraîne l'ouverture du sinus maxillaire. L'examen histologique pratiqué par le Dr Piéry, et confirmé par le professeur Tripier, de Lyon, montre qu'il s'agit d'un sarcome malin, à petites cellules et à vascularisation abondante.

En août 1901, récidive sous forme de tumeur pulsatile. Le 15 avril 1902, ablation large de la récidive avec ablation du globe de l'œil.

En décembre 1902, nouvelle récidive. C'est alors, au début de 1903, que je vis à la Pitié ce malade; je lui conseillai de revoir M. Gangolphe et M. Jaboulay qui l'avaient déjà soigné. Il retourna à Lyon, et là, à cause de la forme diffuse de cette récidive, on hésita comme je l'avais fait à l'opérer, et M. Jaboulay le soumit

au traitement par la quinine. La tumeur continue à augmenter lentement; en octobre 1903, le Dr Schall, de Chambéry, d'accord avec M. Jaboulay, commence le traitement radiothérapique qui semble dès le début amener une amélioration.

Au commencement de 1904, le malade revient à la Pitié, où je constate que l'état ne s'est guère modifié qu'en mal depuis un an que je ne l'avais vu, et je lui conseille de continuer le traitement qui semblait avoir donné quelque amélioration dans les derniers temps. Je l'envoie à mon ami Béclère qui lui a fait, à partir du 6 janvier jusqu'au 1er juin, 18 séances de radiothérapie.

Au mois de juin, la tumeur avait complètement disparu; elle n'a pas reparu depuis.

Ce fait me paraît fort intéressant, car le traitement a agi dans ce cas sur une tumeur profonde, à travers la peau.

M. Berger. — Je puis apporter un fait à propos de l'action des rayons X sur les sarcomes. C'est celui d'un malade auquel je dus réséquer le maxillaire supérieur droit, puis une partie du maxillaire gauche pour une première récidive. Mon assistant lia les deux carotides pour arrêter les progrès d'une nouvelle récidive, et cela sans succès. Depuis quatre mois ce malade est soumis aux rayons X, et si la tumeur n'a pas rétrocédé, elle s'est certainement arrêtée dans sa marche rapidement envahissante.

M. Tuffier. — Je voudrais apporter d'abord à l'observation du malade traité par Béclère l'appui de mon témoignage. J'ai vu ce malade, jeune étudiant, après les deux opérations qu'il avait subies à Lyon et avant son traitement par les rayons X. La tumeur était volumineuse, adhérente partout, et elle se perdait en haut sur le plafond de l'orbite dans les profondeurs des os du crâne. Je jugeai le cas inopérable, ou du moins la certitude d'une récidive après ablation incomplète me fit conseiller au malade de retourner voir le chirurgien de Lyon qui me l'avait adressé. Le changement que je constate aujourd'hui dans son état est vraiment remarquable et on ne saurait nier ici la rétrocession de la tumeur sous l'influence de la radiothérapie.

D'ailleurs, cette rétrocession des sarcomes devant un traitement par les rayons X est actuellement indiscutable; les faits sont nombreux, bien observés, accompagnés de biopsie, consciencieusement examinés. Malheureusement, ces résultats favorables ne sont pas constants, certaines tumeurs restent inattaquables par cette méthode. De plus, nous savons que les sarcomes sont des néoplasmes dont le cadre est mal défini, — il y a sarcome et sarcome; — n'a-t-on pas vu ces tumeurs rétrocéder également sous

l'influence de plusieurs sérums non spécifiques, et des tumeurs inopérables devenir ainsi opérables. Tous ces faits nous obligent à certaines réserves, sans pour cela que je conteste en aucune façon l'efficacité de la radiothérapie.

M. Kirmisson. — Je joins mes félicitations à celles de tous mes collègues pour le beau résultat qu'a obtenu M. Béclère chez son malade par la radiothérapie. Toutefois, je suis obligé de dire que ce résultat est incomplet; il reste, en effet, à la partie supérieure et externe de l'orbite une volumineuse tumeur osseuse. Je répète donc ce que je disais quand M. Guinard nous a présenté une malade dont le cancer du sein avait considérablement diminué à la suite de l'ablation de l'utérus et des ovaires : oui, sans doute, il y a là un résultat des plus importants, des plus intéressants à signaler; mais ce résultat n'est pas complet. Le malade devra être suivi, et présenté de nouveau à la Société au bout d'un certain temps, afin que nous puissions juger du résultat définitif.

M. Reynier. — Je m'associe aux réserves que vient de formuler M. Kirmisson, et je demande qu'on suive ces malades avant de se prononcer sur la valeur absolue de ce traitement radiothérapique appliqué aux tumeurs malignes.

J'ai en effet deux observations d'épithéliome, l'un de la lèvre, l'autre de la région de la tempe où j'ai eu recours à la radiothérapie. Chez les deux j'ai vu une disparition de la tumeur se produire. Mais chez les deux, le traitement cessant, j'ai vu la tumeur se reproduire. Celui qui avait eu un épithélioma de la tempe, et qui l'avait vu disparaître, m'est revenu deux mois après en pleine récidive. Il faut donc, comme l'a dit M. Kirmisson, suivre les malades, avant de se prononcer sur le résultat obtenu par la radiothérapie.

M. Routier. — Comme vous, j'admire le résultat que nous présentent MM. Béclère et Walther, mais, en fait de sarcomes, on voit les choses les plus inexpliquées : je viens de recevoir une lettre d'un de mes opérés de 1897, qui me dit aller parfaitement; or, quand ce malade est venu me trouver, pour un énorme sarcome de son mollet droit, cette tumeur était une récidive d'un premier sarcome de la même région, qui, depuis 1894, avait été opéré successivement par nos collègues Prengrueber, Périer, Campenon, Potherat et Picqué; c'était donc sa cinquième récidive en trois ans.

A deux reprises, on avait dit sarcome à petites cellules.

M. Durante examina la tumeur que j'enlevais, et dit encore sarcome à petites cellules.

Je dus, pour extirper toute la masse, sacrifier toutes les parties molles du mollet.

Quand il quitta mon service, il avait encore une petite plaie plate, bourgeonnante, d'assez bon aspect, mais je craignais une récidive, comme celles qui s'étaient déjà produites.

Il ne lui fut fait aucun traitement : la radiothérapie n'avait pas encore cours... Or, il est guéri depuis, et bien guéri, il se sert parfaitement de sa jambe.

Il y a donc des variétés de sarcome guérissables; je souhaite que celui de MM. Béclère et Walther leur donne un aussi beau résultat.

M. Ricard. — Je ne veux diminuer en rien la portée de la remarquable observation de M. Béclère, mais il importe de ne pas généraliser. La classe des sarcomes est mal délimitée, il y a des tumeurs, cataloguées sarcomes, parce qu'elles sont composées de petites cellules rondes de tissu embryonnaire, et qui ne se comportent pas comme de véritables sarcomes. Dans un cas, que l'examen histologique avait étiqueté sarcome du maxillaire inférieur et qui avait déjà récidivé deux fois après une intervention, j'ai pu, par une opération économique bien conduite, obtenir une guérison définitive. Or, de l'avis de chirurgiens compétents qui avaient vu le malade, il eût fallu recourir à la résection totale de la mâchoire. J'ai reculé devant cette extrémité et j'ai bien fait. C'est que le soi-disant sarcome n'était pas un sarcome ou était un sarcome d'une variété particulière. Il faudra, après l'observation de M. Béclère, distinguer sur quelles variétés de néoformations peuvent agir les rayons X, si ces néoformations sont bien des sarcomes et à quelles variétés cliniques elles appartiennent.

Mais, quoi qu'il en soit, le résultat obtenu est des plus encourageants et nous invite à expérimenter ce mode facile, et quelquefois efficace, de traitement.

M. Quénu. — Les faits analogues à ceux que vient de rapporter Ricard sont légion, et je pourrais pour ma part vous en citer un semblable dans lequel une résection économique du maxillaire supérieur pour sarcome fut suivie d'un résultat durable.

Ces résultats prouvent que le cadre des sarcomes est encore mal limité et comprend des tumeurs de gravité bien différente. Il en est tout autrement du cancer vrai, développé aux dépens de l'épithélium, c'est sur un de ces cancers que je voudrais voir étudier l'action radiothérapique.

M. Pierre Sebileau. — Personne ne peut aujourd'hui contester l'action de la radiothérapie sur les sarcomes. Entre autres observations, celles de MM. Béclère et Walther témoignent de la chose. Mais là vraiment n'est pas la question : existe-t-il, ou non, à l'heure actuelle, des malades radicalement guéris de leur sarcome, indépendamment de tout acte opératoire, par la radiothérapie? Je crains que non. Il n'est pas douteux que cette radiothérapie a, dans certains cas, une action évidente sur la tumeur; celle-ci diminue, paraît rétrocéder, puis son évolution, un moment arrêtée, continue.

J'avais, récemment, dans mon service, un malade atteint d'un vaste lymphadénome du cou recouvert d'une peau saine. Jugeant l'opération impossible, je soumis le patient à la radiothérapie. La tumeur subit, au bout de quelques séances, une telle diminution, qu'un moment l'espoir nous vint que le malade guérirait, et j'entrevoyais déjà avec joie le moment où je pourrais vous le présenter. Malheureusement, bientôt il fallut déchanter ; la tumeur se mit à croître et subit sa fatale évolution.

Il n'est donc pas douteux que la radiothérapie, en dehors de toute action caustique, a une action en quelque sorte spécifique, élective, sur certains néoplasmes, même recouverts de parties molles. Elle produit ou de simples modifications vaso-motrices ou de véritables troubles trophiques conduisant à la dégénérescence cellulaire. Mais ces troubles dans la vitalité des sarcomes, qui, pendant un certain temps, en modifient l'évolution, au point, non seulement d'en arrêter l'accroissement, mais encore d'en diminuer le volume, vont-ils, peuvent-ils aller jusqu'à la guérison? Voilà ce qui ne m'est pas encore démontré et je crains que, jusqu'à ce jour, toutes les améliorations signalées n'aient été qu'éphémères.

M. Walther. — Je tiens à répondre très brièvement aux objections qui viennent d'être présentées.

A M. Reynier je répondrai qu'il n'est pas ici question d'épithéliome mais de sarcome et que nous ne pouvons joindre ces questions sous peine de confusion.

M. Ricard a cité un cas de sarcome du maxillaire inférieur dans lequel une ablation de la tumeur sans résection totale de l'os a donné un bon résultat. Nous savons que le maxillaire est souvent le siège de sarcomes bénins, de sarcomes myéloïdes qui ne récidivent pas après l'ablation même limitée.

De même M. Routier, M. Quénu ont cité des faits d'ablation de sarcome sans récidive.

C'est là un fait très connu et j'en pourrais moi-même apporter

plusieurs exemples; mais cela n'a rien à voir avec l'observation du malade que je vous ai présenté.

Chez ce malade en effet, la tumeur une première fois enlevée, examinée histologiquement par M. Tripier, a récidivé; après une seconde opération plus large, une nouvelle récidive s'est développée et elle s'est présentée sous une forme diffuse, telle que ni M. Tuffier, ni moi n'avons cru l'opération possible; nous avons chacun de notre côté donné au malade le conseil de revoir M. Gangolphe; M. Gangolphe, M. Jaboulay ont jugé aussi l'opération inutile et c'est dans ces conditions qu'a été institué le traitement par la radiothérapie. Il ne s'agit donc pas ici d'un sarcome non récidivé après ablation et paraissant guéri, mais d'une récidive inopérable de sarcome traité par la radiothérapie et ayant disparu.

M. Kirmisson a fait une remarque très importante et qui est la véritable objection ; il a dit : « La tumeur a régressé, elle a presque disparu; mais il reste à la partie supérieure de l'orbite un noyau; il n'y a donc pas guérison. »

Ce noyau qui est situé à la partie externe et supérieure de l'orbite n'a pas changé de volume depuis un an ; je ne crois pas que ce soit une tumeur sarcomateuse. Il peut n'être qu'un noyau fibreux cicatriciel. Je l'ai vu au commencement de 1903, au commencement de 1904 et il a toujours les mêmes caractères; je dois ajouter qu'il n'a pas été soumis à la radiothérapie.

La tumeur qui a été traitée occupait la face externe du maxillaire, faisait saillie à la face, comme vous pouvez le voir sur la photographie du malade avant le traitement. Elle avait le volume d'une pomme et ses contours diffus se perdaient dans les parties voisines. C'est cette tumeur qui a été traitée, qui a complètement disparu. et cela depuis le mois de juin, au point qu'il est facile aujourd'hui de sentir très nets les contours des os réséqués aux précédentes opérations.

Il est bien loin de ma pensée de dire que ce malade est guéri, et définitivement guéri. Ce que je puis dire c'est que la tumeur récidivée, énorme, inopérable a complètement disparu, sous l'influence du traitement radiothérapique et n'a pas reparu depuis cinq mois; si maintenant nous voyons se développer un nouveau noyau de récidive, il sera possible de l'enlever largement ou de l'arrêter par de nouvelles séances de radiothérapie. C'est là, je le répète un fait très intéressant et qui méritait je crois de vous être présenté.

Gomme du foie. Gomme du sternum.

M. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter un malade âgé de trente ans que j'ai opéré dans mon service de la maison Dubois en décembre 1903 et que je soigne actuellement dans mon service de l'hôpital Saint-Louis. Ce malade entre à la maison Dubois le 4 décembre 1903 dans l'état suivant. Au niveau de la région épigastrique, on trouvait une voussure au-dessous des fausses côtes, sur la ligne médiane. Au toucher, cette saillie était extraordinairement douloureuse et c'est avec peine qu'on arrivait à trouver un peu de fluctuation. Au-dessous de la tuméfaction, on percevait nettement le bord tranchant du foie très augmenté de volume et arrivant jusqu'à l'ombilic. Ce qui frappait en outre, c'étaient des crises douloureuses paroxystiques survenant spontanément toutes les dix minutes environ et arrachant des cris au malade. Ce dernier se tenait dans son lit courbé en avant pour relâcher les muscles droits. Il avait été vu par nombre de nos collègues des hôpitaux : un de ces chirurgiens, clinicien très estimé, avait diagnostiqué une hernie épigastrique et m'adressait le malade à la maison Dubois pour que je pratique la cure de cette hernie. Le 8 décembre, je fis d'abord une incision exploratrice au-dessous de la voussure, et, introduisant la main dans la cavité abdominale, je m'assurai que le lobe gauche du foie très gros et très dur adhérait par sa face antérieure à la paroi abdominale : il s'agissait donc d'une affection intra-hépatique. Je fis aussitôt l'occlusion soignée de la cavité péritonéale et je pratiquai directement une incision sur la voussure épigastrique. Cette incision donna issue à de la matière caséeuse et me conduisit par un orifice musculaire dans une cavité intra-hépatique. Avec la curette je ramenai un mastic épais analogue à celui des kystes dermoïdes. Une fois vidée et nettoyée, la poche intra-hépatique avait la capacité d'un gros œuf de poule. Je plaçai profondément un gros drain et je pansai à plat. — Les douleurs disparurent immédiatement et complètement et le 22 janvier 1904 le malade quittait la maison Dubois, complètement guéri, sans le moindre orifice fistuleux.

J'avais pensé d'abord à un kyste hydatique du foie infecté et venant s'ouvrir à la peau par un trajet en bouton de chemise. Mais l'examen de la matière caséeuse enlevée avait été négatif : nous n'avions pu y trouver de crochets. En sorte que le diagnostic restait douteux, et j'avais en fin de compte conclu à la possibilité d'une tuberculose hépatique, bien que je n'aie jamais vu pareille lésion. Certains antécédents du malade plaidaient en faveur de ce diagnostic. En effet, le malade avait été soigné en 1893 à la maison

Dubois, par notre collègue Ricard pour des « abcès multiples du cou » dans lesquels on avait fait des injections modificatrices. Un de ces abcès s'était ouvert et était resté fistuleux ; l'année suivante notre collègue Lejars, avait extirpé le ganglion fistuleux. J'avais tout lieu de croire qu'il s'agissait alors de ganglions tuberculeux ramollis du cou.

Voici qu'en avril 1904 la fistule épigastrique si bien fermée se rouvre et laisse couler « un liquide jaunâtre ». Le malade passe l'été à Vichy où la fistule continue à couler et où reparaissent des douleurs identiques à celles qui existaient avant ma laparotomie (mais moins vives cependant). Je revois le malade en septembre et mon attention est attirée en outre par une grosse tuméfaction au niveau de la poignée sternale. Il y a là une voussure très nettement fluctuante qui soulève la peau présternale. C'est alors que l'idée de gomme se présente : le malade a eu à l'âge de seize ans une syphilis grave qui a été soignée par M. Mauriac à l'hôpital du Midi. A partir du 6 octobre je fis donc une série d'injections sous-cutanées d'huile biiodurée. Sous l'influence de ce traitement spécifique la tuméfaction sternale disparut en quelques jours, et ce qui nous frappa surtout, c'est que l'écoulement par la fistule hépatique se tarit immédiatement. Vous pouvez voir que la cicatrice est complète de ce côté, bien que je n'y aie pas touché.

Je crois pouvoir conclure de ce fait qu'il s'agissait ici d'une gomme intra-hépatique. *Naturam morborum curationes ostendunt.* Et comme la syphilis du foie, sous cette modalité clinique, donne lieu plus souvent qu'on ne croit à des erreurs de diagnostic, je crois intéressant de publier dans nos bulletins l'observation de ce malade qui a été rédigée par mon externe, M. Budan.

Observation. — Pierre B..., âgé de trente ans, marié depuis sept ans, avec une femme bien portante dont il a eu deux enfants, venus à terme et bien constitués. Le premier est mort à quatre mois de bronchopneumonie. Sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Elle perd ses cheveux depuis un an, mais n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques cutanés ou muqueux.

Son père est mort à quarante-cinq ans après une opération nécessitée par un abcès de la région lombaire gauche, conséquence d'un choc direct (?). Sa mère est vivante et souffre d'une affection cardiaque. Rien de particulier comme antécédents personnels jusqu'à l'âge de seize ans (rougeole à deux ans, scarlatine à trois ans). A seize ans, blennorragie avec bubon dans l'aine, puis chancre infectant au bout du gland. Il reste deux mois au Midi, avec des accidents secondaires, soignés par le D[r] Mauriac. Le malade dit s'être rigoureusement soigné pendant six mois, puis plus ou moins régulièrement pendant dix-huit mois. A dix-huit ans, il est au régiment : réapparition de plaques

muqueuses de la gorge. Traitement par « des piqûres ». Il a le typhus avec des abcès du creux de l'aisselle pendant la convalescence. De 1894 à 1897, il séjourne aux colonies, dans l'Indo-Chine surtout, où il souffre constamment de la diarrhée. Il fume de l'opium et chique du bétel. En 1895, apparaît une tuméfaction bilatérale angulo-maxillaire, qu'on soigne avec de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles. Abcès de l'arrière-gorge (?) qui nécessite plusieurs incisions. En 1897, le malade rentre en France avec des « abcès multiples du cou ». M. Ricard à la Maison Dubois fait des ponctions et des injections dans ces abcès. Au bout de trois mois, il revient à la Maison Dubois : un des ganglions traités s'est ramolli et s'est ouvert. M. Lejars extirpe le ganglion et le trajet fistuleux : guérison complète en quelques jours. Tout alla bien, sauf quelques crises d'entérite jusqu'en octobre 1903 ; à cette époque survint au creux épigastrique une tuméfaction avec un empâtement douloureux ; les douleurs occupent les hypocondres e sont en crises paroxystiques, sans irradiation dans les lombes ni dans les épaules. Pas d'ictère. C'est alors qu'après avoir consulté plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris, il entre dans le service de M. Guinard avec le diagnostic de « hernie épigastrique douloureuse ».

(Voir plus haut pour les détails de l'opération faite par M. Guinard et pour les suites.)

En avril 1904, la fistule épigastrique qui était bien fermée se rouvre, sans douleurs, et laisse écouler un liquide jaunâtre. De mai à septembre, séjour à Vichy. A la fin de septembre, le malade revient à Saint-Louis dans le service de M. Guinard. Il s'écoule par la fistule environ un verre à bordeaux d'un liquide ressemblant à de la bile ; le stylet s'engage profondément ; la peau de l'abdomen au pourtour de l'orifice est rouge et enflammée. On trouve à la palpation que le foie déborde de trois à quatre travers de doigt.

L'attention est attirée par une tuméfaction qui siège au-dessous de la fourchette sternale sur la ligne médiane. Cette saillie est nettement fluctuante et semble près de s'ouvrir à la peau. Le malade dit qu'il a commencé à souffrir à ce niveau dès le mois de juillet. Traitement spécifique commencé le 6 octobre par des injections sous-cutanées d'huile biiodurée, faites chaque jour à la dose de 0,01 et 0.02 centigrammes de biiodure. En quelques jours, non seulement la tuméfaction pré-sternale a disparu, mais la fistule hépatique est complètement tarie sans qu'on y ait touché d'autre part. Du côté du sternum, il n'y a plus trace de fluctuation : il ne reste plus qu'une légère voussure étalée, dure et un peu douloureuse à la pression profonde. Au point de vue de l'appareil respiratoire on ne trouve absolument aucun symptôme de tuberculose.

En résumé, la disparition de la tumeur sternale et de l'écoulement par la fistule hépatique permet de penser que nous avons affaire ici à des lésions syphilitiques aussi bien du côté du foie que du côté sternum.

Présentation de pièces.

A propos de la radiothérapie.

M. Béclère présente une série de moulages dus au talent de M. Jumelin et représentant avec une scrupuleuse exactitude diverses affections pathologiques, avant et après le traitement par les rayons de Röntgen : un lupus variqueux de la main et de l'avant-bras, un épithélioma ulcère de toute la surface du nez, un épithélioma de la lèvre inférieure, une petite tumeur épithéliomateuse de la langue, enfin une tumeur épithéliomateuse de la région temporo maxillaire, assez volumineuse puisqu'elle n'a pas moins d'un centimètre d'épaisseur et pourrait recouvrir une pièce de cinq francs en argent. Le diagnostic d'épithélioma a été vérifié dans tous ces cas par l'examen histologique et à l'exception de l'épithélioma de la lèvre, très amélioré, mais encore en traitement, les autres semblent parfaitement guéris. Le Dr Béclère ne croit pas que le moment soit encore venu de fixer, d'une manière précise, les indications et les contre indications de la radiothérapie, de déterminer dans quelle mesure elle est appelée à devenir l'auxiliaire de la chirurgie avant ou après l'intervention opératoire, dans quels cas elle peut et doit même lui être préférée. Il se propose seulement de montrer à la Société de chirurgie, en s'appuyant sur des preuves irréfutables, que les rayons de Röntgen sont capables, en certaines conditions, d'exercer sur des tissus pathologiques et en particulier sur les tissus néoplasiques une action qui leur appartient en propre et que ne possédait aucun des agents thérapeutiques jusqu'à présent connus.

M. Lucas-Championnière. — Je voudrais demander à M. Béclère s'il n'a pas vu des tumeurs évoluer beaucoup plus rapidement après l'application des rayons X?

M. Béclère. — Avec les précautions actuelles, ces aggravations ne sont nullement à craindre.

M. Tuffier. — Les faits que nous rapporte maintenant M. Béclère n'ont plus trait aux sarcomes, mais aux *épithéliomas* traités par les rayons X. Sur cette seconde question je possède des documents et, malgré tout ce qui vient de nous être dit, je reste sur les conclusions que, au dernier Congrès français de chirurgie (1904), nous avons formulées, M. Haret et moi.

La radiothérapie appliquée au traitement *des cancroïdes* de la

peau, surtout des épithéliomas de la face, constitue un moyen à coup sûr efficace; elle provoque la disparition du tissu néoplasique et de ce tissu seul, si bien que la cicatrice consécutive est remarquable par sa souplesse et son uniformité. J'en ai vu et je vous en ai montré ici cette année même (*Soc. de Chir.* 2 décembre et 23 décembre 1903, p. 172), des exemples indiscutables et j'ajoute que les guérisons sont durables.

Les *cancers secondaires de la peau*, ceux, par exemple, qui succèdent à un cancer du sein opéré, sont également influencés par ce traitement, et on voit dans quelques cas ces noyaux néoplasiques fondre en quelques séances. Mais déjà il faut se défier des *apparences de guérison* quand bien même toute induration aurait disparu, quand bien même la peau aurait repris son aspect normal. En voici la preuve : j'ai opéré ces jours derniers un homme atteint d'une récidive d'un cancer du sein. Cette récidive s'était d'abord présentée sous forme de petits nodules siégeant *dans la peau* au voisinage de la cicatrice, sous la forme de ce que nous appelons du semis de cancer. Les trois premiers noyaux apparus furent traités et bien traités par la radiothérapie et ils disparurent, laissant la peau absolument souple et normale. Quelques mois après, une dizaine de nouveaux nodules apparaissaient en des points variables, puis deux des trois noyaux disparus repoussèrent, si bien qu'*un seul paraissait avoir été réellement détruit* par la radiothérapie. Je dus enlever largement toute la région de peau ainsi cancérisée et l'examen histologique et bactériologique en fut confié à M. Borel, de l'Institut Pasteur. Les noyaux autrefois soignés par la radiothérapie furent examinés : ils étaient nettement cancéreux; mais ce qui est plus intéressant, c'est que l'examen de la peau au *niveau du nodule qui paraissait avoir nettement et complètement disparu*, en ce point qui était normal en apparence, montrait une *infiltration de cellules cancéreuses*. Vous voyez combien il faut être circonspect sur le terme de *guérison*, même dans ces cancers de la *peau* facilement accessibles et certainement influençables et peut-être curables par la radiothérapie.

Si nous passons du cancer de la peau à l'épithélioma *des muqueuses facilement accessibles*, lèvre, langue, plancher de la bouche, col utérin, l'action des rayons X devient alors problématique ou nulle. Pour la lèvre, j'ai vu des *améliorations*; pour la langue et le plancher de la bouche, j'ai vu des processus rétrocéder, j'ai vu des tumeurs inopérables devenir opérables, mais je n'ai jamais rien vu qui puisse prendre le nom de guérison. En matière de cancer, il ne faut pas parler d'amélioration; ces améliorations, on les obtient même avec un *sérum quelconque*, n'ayant rien de spécifique; j'ai publié dans la *Presse médicale* (3 fév. 1904),

un article qui mettait tous ces faits en valeur. Prenez du sérum antidiphtérique, par exemple, et injectez-le à un cancéreux, vous pourrez voir dès les premières injections une rétrocession remarquable du processus morbide; lorsque l'action de ce sérum sera épuisée, prenez-en un autre et vous pourrez voir une nouvelle amélioration, mais plus le nombre de vos injections sériques augmentera moins le cancer diminuera et bientôt votre médication restera sans action. J'ai vu ainsi des *cancers inopérables devenir parfaitement opérables*, mais je n'ai jamais vu aucune guérison.

Je crois donc que les rayons X ont une action efficace contre les *cancroïdes de la peau*, ils ont même une véritable action élective sur les cellules néoplasiques. Pour les cancers récidivés *dans le derme*, la rétrocession du processus sous leur influence est indéniable ; la guérison histologiquement constatée a besoin de preuves pour être admise ; pour les cancers *des muqueuses*, nous n'avons vu que des améliorations et pas de guérison. Cette amélioration peut être assez considérable pour rendre opérables des tumeurs jusqu'alors inopérables. Mais vous pouvez voir les mêmes rétrocessions se produire par des injections de sérum quelconque. Enfin l'action élective de ces rayons sur les tissus néoplasiques et leur respect des éléments normaux peut rendre leur emploi utile *sur les cicatrices après les extirpations de cancer.*

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Un travail de M. Lapeyre (de Tours) intitulé : *Deux cas de perforation de l'estomac.*

— Le travail de M. Lapeyre est renvoyé à une Commission dont M. BAZY est nommé rapporteur.

3°. — M. POIRIER demande un congé pour la durée du semestre d'hiver, pendant lequel il fait à la Faculté le cours d'anatomie, les lundi, mercredi et vendredi, de 4 à 5 heures.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. QUÉNU. — *Il faut lire*, page 877, dans le dernier Bulletin : « Pour des productions diagnostiquées sarcomes par un maître, et qui n'en étaient probablement pas, ces résultats prouvent que le cadre des sarcomes est encore mal limité et comprend des tumeurs de gravité et de *nature* différentes. »

M. MONOD. — Les paroles que j'ai dites dans la discussion sur le traitement des anévrismes, ont été placées, par suite d'une erreur de mise en pages, à la page 864. Je demande qu'elles soient reportées en tête de la page 861, à la suite de la réponse de M. Nélaton à une question que je lui avais posée.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des anévrismes.

M. Nélaton. — Je vous avais dit, dans la dernière séance, que j'espérais vous montrer aujourd'hui les pièces d'anévrismes qui ont fait le sujet de ma communication. Malheureusement, ces pièces, mises dans le formol, sont dans un état de détérioration telle qu'elles ne pourraient servir à aucune démonstration; mais je puis cependant vous préciser que l'examen de la pièce d'anévrisme poplité montre qu'il existe, entre le sac et l'anévrisme, une distance d'un centimètre et demi environ qui laissait l'extirpation possible.

M. Théophile Anger. — *Anévrisme artériel et artério-veineux enkysté de l'artère et de la veine poplitées* (1). La communication que nous a faite M. Nélaton me rappelle un fait ancien qui, je crois, a un intérêt réel.

C'était au début de ma carrière chirurgicale, en 1873.

Je donnais des soins à un jeune homme de dix-huit à dix-neuf ans : il était atteint d'une énorme tumeur blanche du genou.

Cette articulation ne formait plus qu'une masse blanche énorme.

Le creux poplité, notamment, était remplacé par une saillie œdémateuse qui laissait soupçonner un gros foyer purulent dans sa profondeur.

Pour m'en assurer, je voulus faire une ponction avec un trocart capillaire, et je me souviens très bien qu'avant d'enfoncer le petit trocart, j'explorai toute l'étendue de la tuméfaction à la recherche de l'artère poplitée.

N'ayant perçu en aucun point les battements de l'artère, je pensai qu'en enfonçant le trocart à la partie externe, j'aurais chance de ne pas rencontrer l'artère, et je fis cette ponction exploratrice.

Quelques gouttes de pus s'échappèrent par la canule, et je retirai l'instrument.

Immédiatement un petit jet de sang artériel s'échappa de la

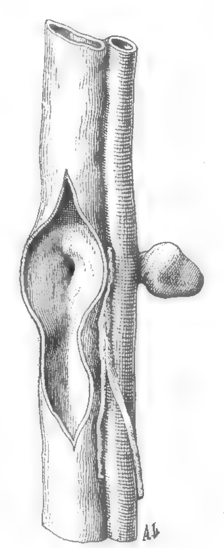
(1) Communication faite dans la séance précédente.

piqûre, et je ne doutai pas que l'artère poplitée n'eût été intéressée.

Il me suffit de comprimer l'orifice pendant quelques minutes, avec le doigt, pour arrêter l'hémorragie.

Le lendemain, je perçus des battements isochrones au pouls au niveau de la piqûre. Un très léger bruit de souffle continu, rémittent, se faisait entendre; le trill apparut manifestement.

Quelques jours après, tous les signes d'un anévrisme artério-veineux étaient évidents, et ne laissaient aucun doute sur une lésion artério-veineuse.



Les semaines et les mois suivants aucun changement n'apparut du côté de l'anévrisme, mais la tumeur blanche continua d'évoluer.

Les abcès furent largement ouverts et drainés.

Au mois de mars, j'appliquai des centaines de pointes de feu sur le genou, en repassant, comme je le fais habituellement, le fer rouge cinq à six fois dans les mêmes points.

Malgré tous mes soins, l'état général du jeune homme s'aggrava.

Le 6 mai, je fis l'amputation de la cuisse.

Ce jeune homme a très bien guéri : il s'est établi horloger [en province, et je l'ai revu bien portant en 1879.

L'intérêt de ce fait réside tout entier dans les lésions artério-veineuses que je constatai en disséquant le genou.

Voici la pièce que j'ai conservée dans l'alcool :

Sur le trajet de l'artère poplitée se voit un petit sac anévrisma pédiculé du volume d'une cerise, bien délimité des parties envi ronnantes.

Sur la pièce que je vous présente, la veine fémorale un peu dilatée a été fendue pour permettre de voir l'orifice de communication de l'artère avec la veine. Cet orifice est petit : son diamètre est de 2 à 3 millimètres. Au même niveau se trouve l'orifice de communication de l'artère avec la petite poche anévrismale. Celle-ci est très bien formée comme s'il s'agissait d'un anévrisme spontané.

C'est la rareté de cet anévrisme qui m'engage à vous le montrer.

La cause et le mécanisme sont indéniables.

Le trocart a transpercé l'artère et la veine.

Ces deux vaisseaux étant adossés, le sang artériel a peu à peu élargi l'ouverture faite par le trocart.

Puis très rapidement s'est formée la poche anévrismale, puisque dès le lendemain le souffle et le trill existaient.

M. Bazy. — Si j'avais assisté à toute la discussion sur le traitement des anévrismes, j'aurais parlé en faveur de l'extirpation, j'aurais appuyé les conclusions de ceux de mes collègues qui l'ont préconisée.

La plaidoirie de M. Delbet en faveur de l'extirpation m'avait tellement convaincu que je l'avais employée dans un cas d'anévrisme inguino-iliaque qui nécessita l'extirpation de 25 centimètres environ d'artère iliaque et fémorale. J'ai publié cette observation dans nos Bulletins en 1891 (*Société de chirurgie*, séance du 7 janvier, p. 31-38).

Dans ma communication, j'émettais cette opinion en apparence paradoxale que j'ai développée dans deux pages consécutives et que j'ai soulignée : *La grosseur de l'anévrisme est une garantie du succès de l'extirpation*; à condition, ajoutai-je, de faire de la chirurgie aseptique.

De sorte que le volume même énorme de la poche anévrismale, loin d'être une contre-indication, constitue une indication de l'extirpation.

M. Potherat. — Je désire vous apporter une observation d'anévrisme artériel poplité, qui par les détails anatomo-pathologiques est calquée absolument sur celle de mon maître M. Nélaton, et qui comporte, je crois, les mêmes réflexions que celles dont notre collègue a fait suivre sa communication dans la dernière séance.

C'est précisément dans le service de M. Nélaton, à la Maison municipale de santé, que j'ai observé ce fait, il y a maintenant exactement douze ans, pendant une suppléance que j'y faisais au cours des vacances de 1892.

Un homme de cinquante-deux ans, d'ailleurs de bonne santé habituelle, était entré pendant une après-midi dans le service, en raison d'une douleur très violente et subite qu'il avait ressentie *dans le mollet*, pendant la marche, et qui l'avait fait tomber.

Quand je le vis le lendemain matin, le mollet était tendu, ainsi que le creux poplité; il n'y avait d'ailleurs ni battements ni ecchymose; la jambe et le pied semblaient avoir leur coloration normale. Le malade ne souffrait plus au lit, mais il ne pouvait s'appuyer sur sa jambe.

Je pensai à une rupture de vaisseaux musculaires dans le mollet, d'autant plus volontiers que cet homme avait des varices et une

artério-sclérose généralisée évidente. Je crus donc à un violent « coup de fouet », et je prescrivis le repos, et la compression ouatée.

Au bout de deux jours, le malade accusa une élévation très appréciable de température; le quatrième jour celle-ci atteignait près de 40 degrés; en même temps le pied et la jambe se refroidissaient et prenaient une teinte blafarde de mauvais augure.

Mon interne, pensant que de la suppuration se faisait dans le mollet, incisa jusqu'à l'aponévrose du soléaire exclusivement; il n'évacua qu'un peu d'œdème louche.

Le lendemain, en ma présence, il incisa plus profondément, traversa l'aponévrose du soléaire, et évacua un abondant amas de caillots noirs. Il allait drainer et panser, quand un gros caillot noir sortit brusquement, suivi d'un jet de sang rutilant que j'arrêtai de suite en saisissant la cuisse à pleines mains. Un gros vaisseau artériel était ouvert, il fallait aviser sans retard. La compression de mes mains fut remplacée par celle d'une bande élastique, je fis administrer du chloroforme, j'ouvris largement le mollet et le creux poplité, et je trouvai un énorme anévrisme remontant d'une part dans le canal de Hunter, descendant d'autre part jusqu'à la bifurcation du tronc tibio-péronier. Cet anévrisme était rompu sur presque toute la hauteur de sa paroi postérieure. Cette rupture n'avait pas longtemps constitué un anévrisme diffus; l'épanchement bridé par des aponévroses solides, s'était vite coagulé, et toute circulation s'était trouvée interrompue non seulement dans l'anévrisme, mais encore dans les branches du tronc tibio-péronier; les collatérales mêmes avaient été insuffisantes à assurer la circulation, car, ainsi que je pus m'en assurer ultérieurement, la jambe et le pied étaient en voie de gangrène; c'était là l'origine de l'élévation de température qui avait fait croire à la formation d'un abcès.

Je pratiquai séance tenante la seule opération indiquée, l'amputation de cuisse. Or, j'insiste sur ce fait, je dus faire successivement trois ligatures, les deux premières ayant coupé l'artère fémorale très friable. Il en résulta une ligature faite très haut, dans le moignon. Or, l'insuffisance des collatérales était telle que le pourtour du moignon fut insuffisamment nourri, et il se fit un sphacèle des bords.

Toutefois le malade finit par guérir.

Ce fait, vous le voyez, se place donc tout à côté de celui de M. Nélaton, par la rupture spontanée du sac, l'étendue de la poche, et les altérations concomitantes du système vasculaire. Autant et même plus que celui de M. Nélaton, ce cas, ce me

semble, n'eût pas été, avant la rupture, bien entendu, justiciable de l'extirpation.

Certes, je suis bien loin d'être l'ennemi de l'extirpation dans les anévrismes des membres. J'étais à la clinique de M. Trélat, à la Charité, le collègue direct de mon ami Delbet, j'ai assisté à ses recherches, j'ai entendu ses plaidoyers aussi éloquents que convaincus, et ce qui scientifiquement a plus de poids encore, j'ai vu de beaux résultats, j'en ai moi-même réalisé. J'ai vu, je crois, et je suis convaincu que l'extirpation des anévrismes des membres, et en particulier de ceux du creux poplité, est la méthode de choix. Mais est-elle toujours applicable, n'y a-t-il pas des variétés dans l'étendue du sac, n'y a-t-il pas des lésions différentes du système vasculaire, n'y a-t-il pas enfin des conditions individuelles particulières qui créeraient des contre-indications? Ce sont là les réserves que faisait M. Nélaton. Je les crois sages. En tout cas nous devons grouper le plus possible de faits pour les confirmer ou les annuler. C'est en cela que se justifie ma courte communication.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais seulement dire un mot des tentatives d'extirpation qui ont été faites après rupture d'anévrismes poplités, pour limiter la gangrène et éviter l'amputation de cuisse.

Mes souvenirs ne sont pas assez sûrs pour que je puisse citer les noms des auteurs de ces tentatives, mais je suis sûr qu'elles ont été faites et qu'elles ont donné des résultats.

L'anévrisme étant rompu, on a pratiqué l'extirpation de la poche. Ce faisant, on enlève les caillots, on supprime l'anévrisme diffus, on diminue la tension du membre, tension qui étrangle les vaisseaux; on permet ainsi à la circulation collatérale de s'établir et on arrive parfois à limiter la gangrène. Au lieu de la cuisse, il suffit d'amputer secondairement la jambe ou seulement le pied. Le bénéfice est énorme pour le malade.

J'insiste donc encore sur ce que je disais dans la dernière séance. Quelle que soit l'étendue d'un anévrisme poplité, même s'il est rompu, je crois qu'il ne faut jamais sacrifier d'emblée la cuisse. En extirpant l'anévrisme, on peut sauver le membre en totalité ou en partie. Pourquoi ne pas laisser au malade cette chance heureuse?

A propos de l'empyème et de la décortication du poumon.

M. Bazy. — L'observation de M. Jeanne prouve l'efficacité de l'opération imaginée par M. Delorme. L'observation résumée que je vais vous transmettre montre qu'elle n'est pas toujours nécessaire et que, même dans les cas où elle paraîtrait le plus indiquée, on peut néanmoins sans elle obtenir une guérison. Quand je dis : sans elle, j'ai peut-être tort, car si je ne l'ai pas employée dans toute sa rigueur, j'ai tout de même fait une décortication approximative ou superficielle. Je dois dire que je ne m'en suis pas félicité; aurais-je été plus heureux si j'avais fait cette opération d'une manière complète? je n'en sais rien. Le résultat final est toutefois fait pour m'empêcher de rien regretter.

Voici les faits :

Mme P... est une personne de trente-cinq ans qui a une broncho-pneumonie en mars 1899; elle a ensuite une pleurésie tuberculeuse pour laquelle elle consulte, en juin, le professeur Dieulafoy qui ne croit pas à l'utilité d'une opération.

Un mois après, son état s'étant aggravé, le Dr Barié consulté conseille une intervention à brève échéance. Je suis appelé à faire cette opération le lendemain, 2 juillet.

La malade est si faible que j'ose à peine donner quelques bouffées de chloroforme pour pouvoir faire la résection de 5 à 6 centimètres de côte, afin d'établir un bon drainage.

La malade se remet rapidement; comme elle suppure beaucoup, elle vient me revoir et je pense qu'on pourrait tenter de faire une opération d'Estlander ou la décortication. L'exploration de la cavité est difficile parce que l'orifice est petit et qu'on ne peut pas bien apprécier l'étendue de la cavité.

Le 9 novembre de la même année, après résection de 6 centimètres de la côte inférieure, je puis bien voir et explorer cette cavité et je constate que le poumon est rétracté, distant de la paroi costale de 3 à 4 centimètres environ au niveau de la plaie qui est postéro-latérale, et peut-être plus encore dans les autres points.

Par la vue on peut juger en partie de la grandeur de la cavité pleurale et je crois qu'il faudrait réséquer la paroi thoracique dans presque toute sa hauteur et sur presque toute la longueur des côtes pour permettre un rapprochement des deux plèvres costale et pulmonaire.

Le poumon est recouvert de fongosités rougeâtres par place jaunâtres et analogues à du frai de grenouille dans d'autres points.

Je pense faire œuvre utile en enlevant toutes ces fongosités, en faisant une pseudo-décortication. La surface du poumon saigne assez abondamment. Je fais un tamponnement peu serré et l'hémostase est assurée.

Cette opération fut suivie d'une période fébrile de plus d'un mois,

pendant laquelle la température montait régulièrement à 39 degrés, 39°2, 39°5.

Je regrettai beaucoup, comme on pense, d'être intervenu et j'envoyai de concert avec le Dr Barié cette dame dans le Midi.

Elle eut encore là quelques poussées fébriles, mais quand elle revint au printemps, elle était déjà un peu améliorée.

La cavité pleurale s'était peu modifiée; la plaie extérieure toujours béante et peu rétrécie laissait voir le poumon toujours recouvert de cet exsudat glutineux.

Chaque fois qu'on y touchait, on déterminait des douleurs et de la fièvre; aussi se bornait-on à faire un simple lavage à l'eau stérilisée.

On fait l'examen du pus et on trouve de nombreux bacilles de Koch.

L'été de 1900 se passe à la campagne aux environs de Paris; l'hiver, elle revient dans le Midi. Elle est sollicitée, comme la première année de la part du médecin qui la voyait, de se faire opérer. Fort de mon expérience, je lui avais conseillé avant son premier départ pour le Midi de refuser toute intervention.

A son retour l'état général est bien meilleur : elle a beaucoup engraissé et on ne se douterait pas qu'elle a une plaie béante dans le côté.

Les règles qui avaient disparu, pendant les quinze premiers mois sont revenues.

L'examen du pus ne fait voir que très peu de bacilles de Koch.

Elle repart dans le Midi, avec un état général parfait; elle revient de même. La plaie s'est un peu rétrécie, mais le poumon paraît encore loin.

On ne retrouve p'us de bacille de Koch.

Au mois de mai dernier, je suis appelé pour la revoir, comme je le faisais tous les ans quant elle revenait du Midi; et quelle n'est pas ma surprise de constater que la plaie est fermée, et complètement fermée. La guérison complète datait d'une quinzaine de jours.

L'auscultation permet d'entendre le murmure vésiculaire un peu affaibli, mais sans bruits anormaux dans toute la hauteur de la poitrine.

Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis six mois, la guérison s'est maintenue, et, chose remarquable, la déformation, même en examinant la malade à nu, est peu considérable.

Cette observation montre donc que dans des cas analogues, malgré l'énorme étendue de la cavité, malgré l'apparente rigidité des parois et leur éloignement, quoique tout rapprochement de ces parois paraisse impossible, le rapprochement, la coalescence peuvent être obtenus.

Le poumon peut reprendre peu à peu son amplitude; un peu d'affaissement des parois thoraciques, beaucoup d'ampliation pulmonaire et la cavité se comble.

En somme, il faut obéir aux indications.

A propos de la radiothérapie dans le cancer.

M. Poirier. — Il me paraît utile, *indispensable même*, de dire, à propos des cas d'amélioration ou de guérison (?) de sarcome ou d'épithélioma par la radiothérapie, dont il fut question à notre dernière séance, que ce traitement radiothérapique doit être réservé aux cas qui ne sont plus justiciables de l'exérèse par le bistouri.

Je pense, avec tous nos collègues, que l'exérèse est la seule méthode qui ait donné jusqu'ici des cas certains de guérison durable. La proportion de ces cas heureux est encore faible : elle varie de 14 à 20 p. 100 sur la totalité des cas de cancers; plus élevée pour quelques-uns, les cancers du sein par exemple, beaucoup plus élevée encore pour les épithéliomas cutanés, elle s'abaisse avec la statistique des cancers viscéraux.

Il est en notre pouvoir de l'améliorer pour tous les cancers en préconisant, à l'exclusion de tout autre méthode, l'exérèse précoce, large, logiquement conduite.

Il y a danger à laisser accréditer auprès des malades, toujours pusillanimes, et auprès des médecins, découragés par le petit nombre des succès opératoires, l'idée que la radiothérapie peut guérir l'épithélioma quand elle n'a à son actif que des guérisons d'épithéliomas cutanés, guérissables par tant de procédés.

J'ai dit au Congrès de Chirurgie et je demande à notre Société de répéter, qu'en l'état actuel de la science, il n'y a aucune preuve qu'un épithélioma ait été guéri par un sérum ou par un rayon, tandis que les cas abondent de guérisons par le bistouri largement et anatomiquement conduit.

Je vais plus loin et je dis, avec preuves à l'appui, que si la radiothérapie n'a pas à son actif un seul succès dans un cas d'épithélioma, je puis l'inculper d'avoir transformé en cas inopérables, c'est-à-dire mortels à bref délai, deux cas qui traités par l'exérèse auraient peut-être guéri ou tout au moins bénéficié d'une survie notable.

Voici ces cas : dans les deux il s'agit d'une récidive d'épithélioma lingual dans les ganglions du cou; les opérés furent soumis à la radiothérapie qui, dans les deux cas, amena rapidement la diminution des tumeurs ganglionnaires ; ce triomphe fut de courte durée; de nouveau les ganglions grossirent et se montrèrent cette fois plus rebelles à l'action des rayons; quand, de guerre lasse, on se résigna à les soumettre au chirurgien, il était trop tard ; je

ne pus énucléer complètement ces ganglions qui, quelques mois plus tôt, eussent été si faciles à enlever.

Un dernier mot. Lequel d'entre vous n'a eu l'occasion de voir des cas de cancers du sein devenus inopérables à la suite d'un traitement radiothérapique qui avait paru les améliorer au début. Or, le cancer du sein, bien opéré au début, guérit le plus souvent ou, tout au moins, donne des survies prolongées.

C'est pourquoi je me crois autorisé à conclure : que si la radiothérapie ne compte à son actif aucun succès avéré contre un épithélioma, en dehors de cas d'origine cutanée, on peut, par contre, mettre à son passif, d'avoir retardé l'époque de l'intervention et diminué ainsi les chances de guérison.

Rapport.

Double plaie du cœur par balle, suturée et guérie depuis deux ans. Mort de fièvre typhoïde. Autopsie du cœur, par M. L. LAUNAY.

Rapport par M. PEYROT.

Dans la séance du 26 mars 1902, M. Launay présentait à la Société de Chirurgie un malade dont l'observation a fait l'objet d'un rapport à l'Académie de Médecine, le 29 juillet 1902, et dont je rappelle rapidement l'histoire :

Le 3 mars 1902, à 3 heures 1/2 du matin, dans mon service à l'hôpital Lariboisière, M. Launay, chirurgien de garde, opérait d'urgence un blessé qui, vers minuit, s'était tiré une balle de revolver dans la région cardiaque.

La pâleur et l'affaissement du blessé, la faiblesse extrême du pouls sont la preuve d'un abondant épanchement sanguin que les signes stéthoscopiques localisent dans la plèvre gauche et dans le péricarde.

Le cœur est mis à découvert par la thoracotomie à volet de Fontan, après ouverture de la plèvre gauche. L'épanchement sanguin pleural est très abondant.

Sur le cœur, on suture d'abord une plaie antérieure du ventricule gauche, près de la pointe ; puis une seconde plaie postérieure du même ventricule, près de sa base.

Les deux sutures sont faites en surjet, au catgut.

Il s'écoulait, par les deux plaies, du sang au moment de la diastole, et non au moment de la systole.

Le péricarde contient des caillots sanguins moulés, et le sang liquide tombe, par la plaie du péricarde, dans la plèvre.

Le péricarde et la plèvre sont drainés.

Les *suites opératoires* sont très simples ; le malade se remonte très vite, grâce au sérum artificiel. Les drains ne sont laissés que quarante-huit heures, et la réunion du volet se fait sans incident.

Une radiographie montre la balle contre la colonne vertébrale, à gauche.

Cet homme, âgé de vingt-six ans, s'est depuis ce moment fort bien porté, jusqu'en décembre 1903. Il contracte alors, à Lens, une fièvre typhoïde dont il vient se faire soigner à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Brault.

Après cinquante et quelques jours d'une fièvre typhoïde à forme bulbaire, il meurt le 25 janvier 1904, environ vingt-trois mois après son opération.

Grâce à l'amabilité de M. A. Brault, M. Launay a pu présenter ce cœur à la Société de Chirurgie, dans la séance du 10 février 1904. L'examen anatomique en a été fait dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, en présence de MM. A. Brault et M. Letulle. Des dessins permettent de suivre la description de cet examen.

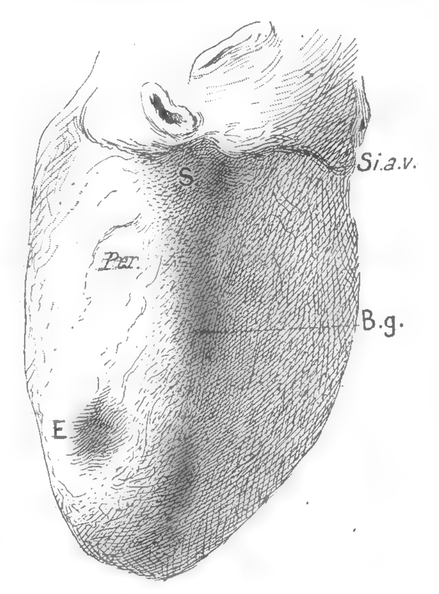


Fig. 1.

1° *A l'examen extérieur* (fig. 1), on constate une adhérence à peu près totale du péricarde. Sur le ventricule gauche existent deux dépressions facilement visibles, au niveau desquelles les tissus sont restés souples.

L'orifice antérieur, orifice d'entrée de la balle, est situé près du bord gauche, à 4 centimètres environ de la pointe.

L'orifice postérieur se trouve au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, près du bord gauche et en arrière de lui.

2° *Après ouverture du ventricule gauche par sa paroi antérieure, le long de la cloison interventriculaire*, on remarque que la cicatrice

inférieure se trouve exactement au niveau de l'insertion du pilier mitral antérieur, et qu'une zone cicatricielle blanche est aperçue profondément derrière la valve mitrale gauche.

3° *Après ouverture du ventricule gauche par sa paroi postérieure près de la cloison interventriculaire*, après section des cordages qui unissent le pilier antérieur à la valve gauche pour relever celle-ci, on voit nettement (fig. 2) une cicatrice, longue de 2 cent. 1/2, sur l'endocarde, tranchant vivement par sa teinte blanche sur les colonnes charnues voisines. Cette cicatrice s'étend du pilier anté-

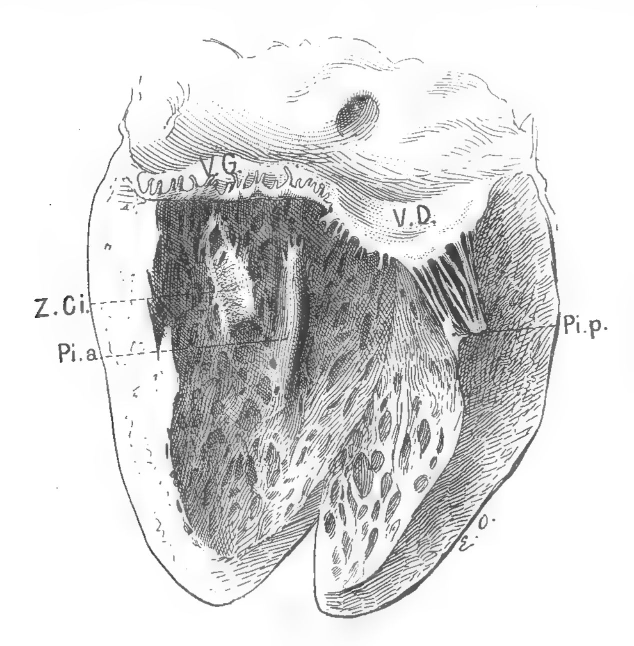


Fig. 2.

rieur jusqu'au niveau de l'insertion de la valve mitrale, suivant exactement le trajet d'une ligne qui réunit les orifices d'entrée et de sortie de la balle.

La forme générale de la cicatrice est ovalaire, à grosse extrémité inférieure. A ce niveau, la saillie des colonnes charnues est modifiée, la cicatrice est légèrement déprimée. Il n'existe, d'ailleurs, aucun enfoncement au niveau des orifices d'entrée et de sortie.

L'endocarde est notablement induré sur tout le trajet de cette cicatrice.

4° *Une série de coupes perpendiculaires à la direction de la cicatrice* (fig. 3) montre nettement le trajet du projectile; entré

obliquement dans la paroi antérieure du ventricule gauche, au niveau du pilier antérieur, il traverse obliquement l'épaisse paroi ventriculaire pour pénétrer dans la cavité cardiaque au niveau de l'insertion de ce pilier antérieur. Il chemine alors dans le ventricule, contre la paroi, déchirant l'endocarde et une très faible épaisseur de myocarde, sur une longueur de 2 cent. 1/2. La balle pénètre ensuite à nouveau dans le myocarde qu'elle traverse

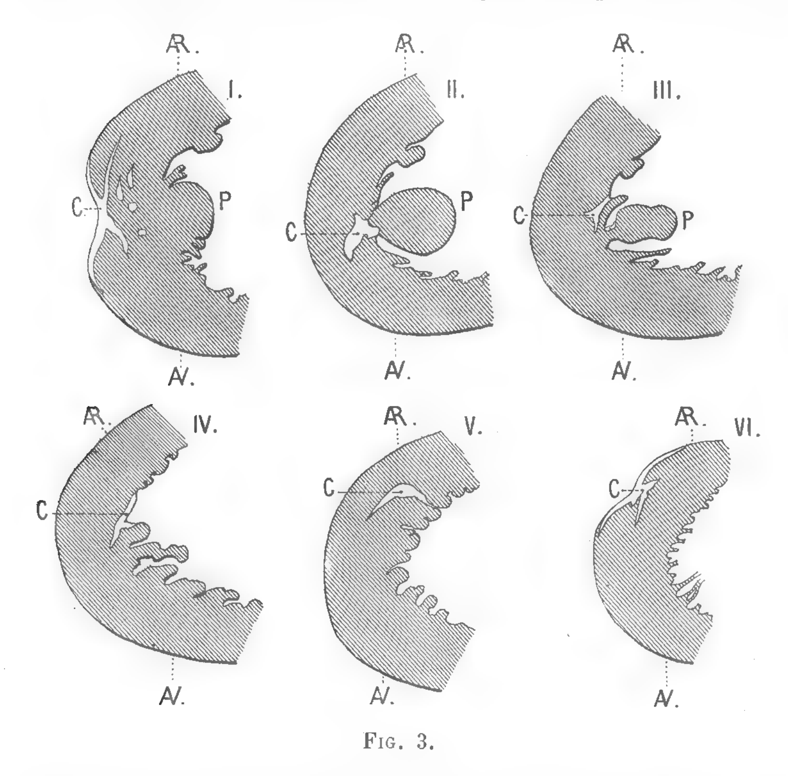


Fig. 3.

obliquement, pour sortir, après un court trajet intra-pariétal, au niveau de l'insertion de la valve mitrale gauche.

Nous pouvons donc conclure de cet examen que la balle, entrée dans le ventricule gauche au niveau de l'insertion du pilier mitral antérieur, a longé la paroi ventriculaire en croisant obliquement le bord gauche du cœur, de bas en haut et d'avant en arrière, entre cette paroi d'une part et le pilier antérieur, puis la valve gauche d'autre part. Le projectile est enfin sorti du ventricule au niveau de l'insertion de la valve mitrale gauche sur l'orifice auriculo-ventriculaire.

La pénétration complète des deux plaies, d'entrée et de sortie, ne fait donc aucun doute.

Au bout de *deux ans*, aucun point faible ne peut être constaté sur le parcours de cette cicatrice, pouvant faire craindre un refoulement de la paroi cardiaque. Il est vrai que l'obliquité des courts trajets intra-pariétaux laisse persister une épaisseur assez grande de tissu musculaire dans la paroi, ce qui n'existe peut-être pas avec une plaie pénétrante par arme blanche, plus large et plus directe.

Nous n'avons connaissance d'aucun autre examen anatomique d'une plaie cardiaque guérie depuis un aussi long temps.

Dans le cas particulier, l'obliquité du trajet intra-pariétal au niveau des plaies d'entrée et de sortie explique ce fait, signalé dans l'observation, qu'au moment de la systole l'écoulement sanguin s'arrêtait, la contraction musculaire suffisant à oblitérer les trajets, mais que l'hémorragie se produisait au moment du relâchement de la paroi cardiaque.

Rupture traumatique de la rate. Résection du bord cartilagineux du thorax. Splénectomie. Guérison, par M. A. Auvray, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

Dans la séance du 12 octobre dernier, notre collègue des hôpitaux, M. Auvray, nous présentait une rate rupturée, éclatée, provenant d'un jeune homme de dix-huit ans, aujourd'hui vivant et bien portant, qui avait été atteint d'une violente contusion de l'abdomen.

Une fois déjà, le 16 janvier 1901, M. Auvray a apporté, ici, une rate enlevée, avec un plein succès, pour rupture traumatique, et cette présentation a fait l'objet d'un excellent rapport de notre collègue Hartmann, qui, joignant au fait heureux d'Auvray, une observation de M. Lecène, a brillamment exposé, devant vous, le 4 mars 1901, l'état de nos connaissances sur les ruptures traumatiques de la rate.

Le 24 décembre 1901, M. Richelot analysait une observation de M. Coville (d'Orléans) sur le même sujet, observation intéressante surtout, par ce fait, qu'une intervention fut pratiquée, quinze jours seulement après la rupture de la rate, non pour des signes hémorragiques, qui, le plus souvent, dictent l'intervention, mais bien, pour évacuer une tumeur liquide du flanc gauche qui s'était progressivement développée. La rate partiellement rupturée, entourée d'une volumineuse collection hématique, fut enlevée avec succès.

Je signalerai, encore, le rapport de Guinard (séance du 26 juin 1901), où, à propos de deux faits de rupture traumatique de la rate, dus à M. M. Mauclaire et Véron, notre collègue s'est livré à de judicieuses réflexions.

Permettez-moi de rappeler, enfin, deux observations de Pauchet (d'Amiens) membre correspondant, lues dans la séance du 22 décembre 1902.

Ces différents faits ont donné lieu à un échange d'observations, sur les ruptures traumatiques de la rate. La question a donc été trop récemment et, surtout, trop bien étudiée, ici, pour que je la reprenne dans son ensemble. Aussi, je n'insisterai, dans le présent rapport, que sur quelques points qui ont été un peu laissés dans l'ombre, lors de nos précédentes discussions.

Voici l'observation de M. Auvray :

Le nommé C... âgé de dix-huit ans, attaché au cirque forain Juliano, est admis à l'hôpital Lariboisière, le 10 juillet à 3 heures de l'après-midi, pour des accidents déterminés par une contusion de l'abdomen. Le blessé raconte que la veille au soir vers minuit, en exécutant à bicyclette, l'exercice connu sous le nom de « Cercle de la mort », il a été précipité dans le vide d'une hauteur de 4 mètres environ, il est resté sur la bicyclette, et, au moment où le choc s'est produit sur le sol, son ventre a porté violemment sur la concavité du guidon. *Au moment de l'accident C... n'a pas perdu connaissance, il a été ramené à son domicile en voiture et il a dormi tout le reste de la nuit.* Le lendemain il se plaint seulement d'une légère douleur dans la région des lombes; cependant, sur les instances de son entourage, un médecin est appelé, qui trouve la situation assez sérieuse, pour conseiller au blessé d'entrer à l'hôpital.

Je le vois dans l'après-midi vers six heures; il est anxieux, pâle, mais sa pâleur n'est pas en rapport avec l'existence d'une grande hémorragie; il n'a pas eu de vomissements, bien qu'il ait absorbé des liquides à plusieurs reprises : il n'a pas eu de selles, mais il a rendu des gaz; il accuse seulement de la soif, une douleur persistante dans la région lombaire et quelques hoquets; il a rendu à plusieurs reprises des urines limpides. Au moment de l'entrée à l'hôpital, le pouls était à 90, la température à 37°5; il avait vingt-trois respirations par minute; à 6 heures, le pouls était à 106 et petit.

L'examen de l'abdomen fournit les renseignements suivants : le blessé présente au niveau du flanc droit, une légère ecchymose au point où a porté l'une des poignées du guidon. Le ventre est un peu ballonné et présente à la palpation une sensibilité diffuse, un peu plus accusée cependant au niveau de l'hypogastre et des deux fosses iliaques. Il existe un certain degré de contracture des muscles de la paroi abdominale, c'est le signe qui attire plus particulièrement mon attention; à lui seul il suffisait, comme la suite l'a prouvé, pour me déterminer à pratiquer immédiatement la laparotomie, bien qu'en somme, cette contracture fût assez peu prononcée. A la percussion, on ne trouvait pas

de matité, on parvenait seulement avec difficulté à délimiter le bord inférieur du foie.

En présence de cet ensemble de symptômes assez vagues, je crus devoir différer l'intervention; je demandai que le malade fut étroitement surveillé, et qu'on m'appelât, au besoin, dans la soirée. Bien entendu, l'immobilité absolue fut conseillée et un traitement médical avec applications de glace institué.

Je fus demandé à nouveau auprès du blessé dans la soirée; il était de plus en plus agité, et avait eu des vomissements verdâtres, le pouls était environ à 100. Cette fois, je n'hésitai pas à intervenir immédiatement.

Laparotomie. — Ne sachant pas exactement en présence de quelle lésion j'allais me trouver et quel était l'organe atteint, je fis sur la paroi abdominale, une incision médiane, naissant au-dessous de l'ombilic, longeant l'ombilic à gauche et se terminant au-dessous de l'appendice xyphoïde, avant d'ouvrir le péritoine, je constate que cette séreuse avait un aspect bleuâtre qui me permet d'affirmer qu'il existe un épanchement abondant de sang dans l'abdomen, cette coloration spéciale ne m'ayant jamais trompé en pareil cas. A l'ouverture de la séreuse, il s'écoule une abondante quantité de sang liquide, mélangé à quelques caillots. Je n'aurais jamais pu supposer, étant donné l'état général du malade, que pareille quantité de sang fût épanchée dans l'abdomen. Comme il est impossible de rien voir, tous les organes étant inondés par le sang, j'ouvre largement le péritoine pour introduire ma main, toute entière dans l'abdomen, et explorer les organes les plus exposés : foie, rate. Le foie me paraît indemne, je trouve partout la surface lisse; la rate au contraire me paraît craquelée à sa surface, irrégulière; elle est entourée de caillots; je pense donc que la source de l'hémorragie est de ce côté, mais les sensations assez confuses fournies par le palper, ne me permettent pas d'apprécier exactement l'étendue des lésions. D'autre part, il m'est impossible d'explorer à l'œil la rate profondément cachée sous le diaphragme. Pour me donner du jour, je fais rapidement une incision oblique, parallèle au bord thoracique gauche, située à environ un travers du doigt au-dessous de lui, d'une longueur de 12 à 15 centimètres, qui naît au haut du sommet de l'incision médiane. Le volet ainsi taillé sur la paroi abdominale me donne encore un jour insuffisant; non seulement il m'est impossible de voir les lésions de l'organe et de me rendre un compte exact de leur étendue pour régler le mode d'intervention, mais il est encore évident que toute manœuvre opératoire, même la splénectomie, sera impossible, sur une rate aussi profondément située et dont le pédicule est très court. Alors, sans hésiter, je résèque le bord cartilagineux du thorax sur une étendue de dix centimètres environ. Je procède comme je l'ai fait antérieurement pour une plaie du foie, et comme j'ai conseillé de le faire pour les plaies haut-situées de l'estomac. Je dépouille d'abord, rapidement, de leurs insertions musculaires, la face externe et le bord inférieur du thorax; puis, je sectionne verticalement et dans toute son épaisseur, à l'aide de simples ciseaux, le cartilage de la 9e côte; saisissant alors chaque extrémité du cartilage sectionné, l'une après l'autre, à l'aide d'une pince,

je la soulève et désinsère, avec le bistouri, de bas en haut, les fibres musculaires qui s'attachent à la face profonde du bord cartilagineux (transverse et diaphragme) en rasant, autant que possible, le squelette pour éviter de blesser la plèvre.

Je poursuis cette dénudation en largeur et en hauteur sur une étendue suffisante pour me créer une large voie d'accès sur les parties profondes. Une paire de solides ciseaux est suffisante pour sectionner les cartilages costaux. Chez mon blessé, la résection du bord cartilagineux fut exécutée en cinq ou six minutes. Cette résection thoracique me donne un jour considérable; je pus me rendre compte, de *visu*, de l'étendue des lésions, je constatai plusieurs centres de rupture qui rendaient impossible toute autre intervention que la splénectomie; celle-ci fut exécutée sans difficulté; un clamp fut placé sur le pédicule très court de l'organe; la rate fut extirpée, et une ligature en chaîne faite, avec du gros catgut, fut facilement substituée au clamp. La loge splénique fut soigneusement nettoyée et débarrassée des caillots à l'aide de tampons montés; deux gros drains furent laissés à demeure entourés d'une compresse de gaze aseptique. Le sang qui s'est épanché dans l'abdomen est en partie évacué. La réunion de la plaie pariétale est faite en deux plans : musculo-séreux et cutané. L'opération a duré une heure dix minutes. Trois litres de sérum ont été injectés : un litre en injection sous-cutanée, et deux litres en injection intra-veineuse. Les suites ont été particulièrement simples.

Le malade sortait complètement guéri le 20 août. A la suite de l'opération, il avait présenté pendant quelque temps, de l'élévation thermique (38° à 38°5); de la suppuration s'était produite au niveau du drainage établi dans les conditions précédemment indiquées.

Mais du côté de l'état général aucune manifestation morbide n'a été constatée. Malheureusement, les analyses du sang que j'avais réclamées n'ont pas pu être pratiquées. Les ganglions lymphatiques n'ont été à aucun moment hypertrophiés. L'ablation de la rate n'a amené aucune modification apparente dans l'organisme de notre opéré. De même, la résection du bord cartilagineux du thorax n'a été suivie d'aucun trouble.

Deux points m'ont frappé dans cette observation :

1° L'apparition tardive des signes d'une hémorragie interne;

2° La résection du bord inférieur gauche du thorax, pour aborder facilement, une rate à pédicule court.

S'il est bien établi que, dans la grande majorité des cas, de rupture traumatique de la rate, les signes d'une hémorragie interne se montrent très vite, il n'en est pas moins vrai qu'ils tardent quelquefois à apparaître, que dans certaines circonstances même, ils sont absents, et, que ce n'est que par des accidents tardifs, formation dans l'hypocondre et le flanc gauches, d'une vaste collection liquide hématique, suppurée ou non, accompagnée dans le premier cas surtout de réaction péritonéale, qu'ils se traduisent.

Dans les observations de Véron, de Mauclaire, dans celle qui fait l'objet de ce rapport, ce n'est que de la vingtième à la vingt-quatrième heure, après le traumatisme, que les signes d'une hémorragie interne se sont montrés avec assez d'intensité, pour que le chirurgien se décide à intervenir.

Dans un cas qui m'est personnel et qui a été rapporté dans la thèse de Vanverts, c'est le cinquième jour seulement, après le traumatisme abdominal, que les signes d'une hémorragie interne m'incitent à faire la laparotomie. Je trouve un énorme épanchement sanguin. provenant d'une rate rupturée.

Il est bien certain que dans ces différents cas, il y a eu arrêt de l'hémorragie dans les premières heures qui ont suivi l'accident, et il semble en avoir été de même, dans l'une des observations de Pauchet.

Hartmann dit dans son rapport « l'arrêt spontané de l'hémorragie est, toutefois, exceptionnel, et ne se rencontre guère que dans les cas bénins, souvent du reste, non diagnostiqués ».

Cette proposition me paraît trop absolue, puisque dans la plupart des observations que je viens de signaler, les ruptures spléniques étaient fort étendues, et que dans le mien, en particulier. le tiers inférieur de la rate était complètement séparé des deux tiers supérieurs, flottant au milieu des anses intestinales.

Comme je le disais, il y a un instant, les ruptures traumatiques de la rate peuvent ne se traduire primitivement par aucun signe appréciable et donner lieu à des accidents tardifs, qui nécessitent une intervention, hématome sous-capsulaire, hématome intra-péritonéal enkysté, suppuré ou non.

Je rappellerai, à ce point de vue, le fait du professeur Terrier (séance du 6 mars 1901) où « une dame prenait une douche lorsqu'elle reçut un jet violent sur le flanc gauche, où on vit apparaître bientôt de la tuméfaction, puis une véritable tumeur qui augmenta progressivement ». La laparotomie permit de constater. sous la capsule de la rate, une énorme collection sanguine qui fut incisée et drainée, la rate, étant laissée en place ; la malade guérit.

Je rappellerai le cas de Lejars (séance du 6 mars 1901), qui chez un homme de quarante ans, ayant fait une chute violente sur le côté gauche du tronc, trouva, dix jours après l'accident une tumeur énorme dans l'hypocondre et le flanc gauches, et évacua une quantité considérable de sang noir et de caillots. Lejars dit : « il me paraît donc probable que j'ai eu affaire, dans ce cas, à une rupture splénique, l'hémorragie primitive s'étant enkystée. »

Je rappellerai, encore, le cas de Coville, auquel j'ai fait allusion au commencement de ce rapport, où le chirurgien, trouva au milieu

d'une collection hématique du flanc gauche, une rate sur le bord postérieur de laquelle existait une plaie due à une rupture traumatique, plaie où on aurait pu loger une grosse noix.

Je signalerai le fait de Morestin, rapporté au dernier Congrès français de chirurgie (1904). Il concerne un nègre de la Martinique, encore jeune, qui, plusieurs mois après un traumatisme de l'abdomen vit se développer une énorme tumeur sous-phrénique gauche, tumeur liquide et hématique, dont notre collègue attribue l'origine à une rupture de la rate, d'ailleurs hypertrophiée.

Permettez-moi, enfin, de citer deux cas qui sont insérés dans le rapport de Hartmann, et, où il s'agit de péritonites suppurées.

« Lampe a dû réséquer la onzième côte pour arriver sur une grosse collection suppurée sous-phrénique, au milieu de laquelle nageait la rate rupturée.

Riddle Goffe, a, de même, dû ouvrir une péritonite suppurée enkystée, trois semaines après l'accident. »

Je rapprocherai de ces faits le cas de Moty (séance du 6 mars 1901), concernant un militaire blessé au flanc gauche, pendant la retraite de Langson, et qui mourut trois semaines après, du choléra. « L'autopsie révéla une section complète de la rate, par le projectile, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Il n'y avait point d'épanchement de sang notable dans l'abdomen; les deux surfaces de section irrégulières et mamelonnées, étaient parfaitement sèches et en voie de cicatrisation. Aucune intervention n'avait été faite, la rate était un peu indurée, mais très modérément hypertrophiée. »

Il existe du reste, dans la littérature médicale, d'autres faits qui ont permis de constater, sur la table d'autopsie, l'existence de ruptures de la rate, en voie de guérison ou même guéries. Hartmann encore nous les a signalés. Cas de Descouts : homme chez lequel on constate une rupture de la rate, guérie trois semaines après l'accident; cas d'Axel Power, où on trouve, dix semaines après le trauma, une déchirure de la capsule splénique, fermée par un tissu cicatrisant blanc grisâtre; enfin, cas d'Oscar Henggeler, qui trouve à l'autopsie d'un sujet, une rupture de la rate, oblitérée par un thrombus et en voie de guérison.

De tout cela, je concluerai que, tout en restant très grave, le pronostic des ruptures traumatiques, même étendues de la rate, est peut-être un peu moins sombre qu'on l'a dit jusqu'ici. En tout cas, il m'a paru intéressant d'insister, avec preuves à l'appui, sur ce fait, que la rupture d'un organe aussi vasculaire que la rate, n'amène pas toujours rapidement, ni fatalement, dans un certain nombre de cas tout au moins, la mort des sujets qui en sont atteints.

— J'en arrive au second point, le plus important d'ailleurs, de l'observation de M. Auvray, à la résection du bord gauche du thorax, pour faciliter l'accès de la rate.

Dans les deux splénectomies qu'il a pratiquées, notre collègue s'est trouvé en présence de rates à pédicule court, ne se laissant point attirer dans la plaie opératoire; et, dans sa seconde opération, malgré une incision sous-costale, jointe à l'incision médiane sus-et para-ombilicale primitive, il n'a pu avoir un jour suffisant qu'après avoir réséqué, par son procédé (qui se trouve décrit dans l'observation rapportée plus haut), le bord cartilagineux du thorax.

M. Auvray, désireux de faliciter la tâche de son rapporteur (ce dont je ne saurais trop le remercier), m'a remis une note très documentée, sur la thérapeutique chirurgicale des ruptures de la rate et ses résultats, sujet qui lui est familier (*Revue de la Gazette des hôpitaux* du 20 avril 1901), aussi je le laisse parler pour un moment.

« On a particulièrement discuté dans des travaux récents, sur la meilleure voie à suivre pour donner accès sur l'organe blessé. J'ai constaté, en effet, sur mes deux opérés, comme la plupart des chirurgiens l'ont fait, dans des cas analogues, que le temps le plus délicat de l'opération est celui qui consiste à aborder la rate, profondément située sous le diaphragme et cachée par la saillie du rebord costal. Il est très difficile, tout d'abord, de se rendre un compte exact de l'étendue des lésions de l'organe, qu'il importe cependant de connaître, pour prendre une détermination opératoire ; l'œil ne voit rien dans la profondeur de la région, inondée par le sang ; la main seule, promenée à la surface de l'organe, peut fournir des renseignements utiles ; il est non moins difficile ensuite, de pratiquer les manœuvres nécessitées pour le traitement, quelque soit celui-ci : splénectomie, suture, tamponnement, *surtout lorsque le pédicule de la rate est court*, ce qui était le cas chez mes deux opérés.

« Le choix de l'incision a donc une importance capitale. Dans mes deux observations, j'ai eu recours, d'abord, à l'incision médiane para et sus-ombilicale ; l'incision médiane a le grand avantage, en effet, d'être une incision exploratrice qui permet au chirurgien de se renseigner sur le siège des lésions, qu'il est, le plus souvent, impossible de déterminer à l'avance, et d'agir en conséquence. L'incision transversale d'emblée, suivant la direction du bord costal, serait évidemment la méthode de choix, si le diagnostic de la blessure de la rate pouvait être établie d'une façon certaine à l'avance. Du reste, il est très facile, lorsqu'on a reconnu par l'incision médiane exploratrice, l'existence d'une plaie

de la rate, de joindre à l'incision verticale primitive, en la faisant partir de son extrémité supérieure, une incision transversale, parallèle au bord costal, et située à un travers de doigt au-dessous de lui. C'est la conduite que j'ai suivie chez mes deux opérés. On taille ainsi, sur la paroi abdominale, un large lambeau dont le relèvement donne beaucoup de jour. Malheureusement, même avec ce large volet, on n'a souvent qu'une vue insuffisante sur les organes haut situés sous le diaphragme et les manœuvres opératoires, surtout les sutures et les ligatures, restent encore très difficiles, à cause de la saillie formée par le bord du thorax. C'est pour remédier à ces difficultés que j'avais proposé, antérieurement, et que j'ai exécuté, chez mon dernier opéré, la résection du bord cartilagineux du thorax. Cette résection n'allonge l'opération que d'une façon insignifiante, elle n'exige que quelques minutes pour être menée à bonne fin, et pendant ce temps, un aide peut comprimer, entre ses doigts, le pédicule splénique et arrêter l'hémorragie. Ma manière de faire la résection diffère de celle qui a été préconisée par Monod et Vauverts ; je l'ai décrite dans mon observation, je n'y reviens pas; je répéterai seulement ce que j'ai dit au Congrès français de chirurgie de 1903, à propos d'un cas de plaie du foie traité par ce procédé; il est d'une exécution plus sûre et plus rapide, et permet de ne réséquer, — après ouverture du ventre, — que la portion du bord cartilagineux, strictement nécessaire, pour opérer sur la rate. Je le crois préférable, parce qu'il donne plus de jour, à la section simple des cartilages costaux à laquelle Demons (de Bordeaux), a eu recours pour une plaie de la rate.

Cette opération mérite cependant d'être prise en considération, voici la description que Demons en a faite : « Nous étions gênés par le bord inférieur du grillage costal; je pris alors le parti de sectionner obliquement, les 11e, 10e et 9e côtes, de manière à réunir la plaie de la laparotomie (qui siégeait sur le bord externe du droit) à la plaie faite par le contenu dans le 8e espace intercostal. Les bords de cette nouvelle incision, étant écartés vigoureusement par un aide, le grand jour se fit. »

Quoiqu'il en soit, j'estime que les opérations pratiquées sur le bord cartilagineux du thorax sont appelés à rendre de grands services; on aurait tort d'y recourir systématiquement, dans tous les cas, puisqu'on ajoute une complication opératoire à une intervention déjà grave par elle-même, mais lorsque l'exploration de la rate et les manœuvres opératoires sont rendues difficiles, sinon impossibles, par la saillie du thorax, elles me paraissent absolument indiquées ; le succès que j'ai obtenu en est la preuve. C'est la première fois, je crois, que la résection du bord cartilagineux

du thorax, proposée théoriquement, a été mise en pratique pour une blessure de la rate. Il me semble que la résection, en elle-même, n'expose à aucun inconvénient immédiat ou éloigné. »

Je partage, absolument, la manière de voir de M. Auvray, et je suis tout disposé, au cas où je me trouverais de nouveau, en présence d'une rate blessée et saignante, qui se laisserait difficilement attirer dans la plaie opératoire, à placer, rapidement, une large compresse aseptique dans la direction du viscère et sur lui, si je le pouvais, à réséquer d'emblée le bord cartilagineux du thorax, selon le procédé expéditif de notre collègue, plutôt que de perdre un temps précieux à des manœuvres, plus ou moins compliquées, d'abordage de la rate, manœuvres qui échouent presque toujours et qui doivent être complétées, alors, par la résection, qu'il y aurait eu tout avantage, à pratiquer primitivement.

Les divers procédés d'hémostase dont nous disposons sont : la splénectomie, le tamponnement, la suture, la thermo-cautérisation, la ligature des vaisseaux spéniques et les greffes péritonéales (bourre épiploïque de Lœwy).

La splénectomie est l'opération de choix, ou plus exactement, l'opération rendue nécessaire, dans la grande majorité des cas, par l'étendue des lésions locales. — Je n'ai rien de nouveau à en dire, sinon qu'on peut remplacer la ligature des vaisseaux du pédicule, par l'abandon de clamps qui ressortent par la plaie abdominale, et qu'on enlève au bout de quarante-huit heures. C'est ce qu'à fait Pauchet, dans un cas suivi de succès, où il n'a agi ainsi que parce qu'il manquait d'aides, qu'il était obligé de soulever lui-même le rebord costal, et qu'il fallait aller vite, à cause de l'état grave du blessé. Je pense que si notre collègue avait réséqué rapidement le bord cartilagineux du thorax, il aurait pu facilement placer, bien qu'insuffisamment aidé, des ligatures sur le pédicule splénique.

Je ne puis que répéter, au sujet des indications des méthodes, autres que la splénectomie, ce que M. Auvray écrivait en 1901, dans sa revue de la *Gazette des hôpitaux* : Sans doute, toutes les fois que la blessure peu étendue, peu profonde, unique, se présentera dans des conditions telles que le tamponnement, la suture, la ligature, la thermo-cautérisation, les greffes épiploïques, pourront être utilisées, c'est à ces méthodes, qui permettent la conservation de l'organe, qu'il faudra recourir sans hésiter. Malheureusement, ces circonstances favorables sont rarement réalisées; l'étude des faits montre que les plaies par armes à feu ou par instrument tranchant, qui se prêteraient plus aisément à l'application des méthodes simples, sont les plus rares. Le plus souvent,

on est en présence de plaies contuses ou ruptures sous-cutanées (quarante-cinq fois sur cinquante-quatre cas, de la statistique d'Auvray) dans lesquelles, les lésions peuvent aller jusqu'au broiement complet de l'organe, et, en présence de ces faits complexes, la splénectomie reste la seule intervention.

Il ne faut du reste accorder aux méthodes simples, conservatrices, qu'une confiance relative. Parmi elles, le tamponnement me paraît la plus sûre, mais encore faut-il que la mobilité de l'organe, ne le rende pas impossible à réaliser. Le tamponnement exécuté à l'aide d'un bouchon épiploïque, suivant la méthode de Lœwy, a été employé dans un cas avec succès, et rendra peut-être service.

La suture ne trouvera ses indications que dans les cas de sections nettes, peu profondes et peu étendues ; l'application de la suture peut présenter de réelles difficultés. Elle pourrait être combinée, pour plus de sûreté dans certains cas, au temponnement.

C'est ce que votre rapporteur a fait avec succès chez une malade où il y avait, en même temps, plaie de l'estomac.

« Bien rares seront les circonstances où le chirurgien pourra se contenter de pincer et de lier, à la surface d'une plaie, le vaisseau, source de l'hémorragie.

« Je considère enfin que la thermo-cautérisation, les projections de vapeur d'eau, les applications de gélatine stérilisée, ne pourront être qu'exceptionnellement utilisées. Les applications de gélatine appartiennent bien plus au domaine expérimental, où tout est préparé et prévu, à l'avance qu'à la chirurgie d'urgence. Toutefois, on pourrait essayer de ces divers moyens dans les cas de plaies superficielles, peu étendues, saignant en nappe. La ligature des vaisseaux spléniques, au niveau du hile, sera parfaitement justifiée, lorsque du fait d'adhérences multiples, la splénectomie sera impossible à pratiquer; la circulation supplémentaire, qui s'établit à travers les adhérences, paraît devoir être suffisante pour mettre l'organe à l'abri des accidents de sphacèle.

« La splénectomie est une opération légitime, qu'il ne faut pas considérer comme une intervention grave en elle-même, car dans les cas déjà nombreux où elle a été pratiquée, elle n'a jamais provoqué de troubles sérieux de l'organisme. Sans doute, on a noté, dans un certain nombre de cas, à la suite de l'opération, des accidents qu'il faut rattacher directement à la suppression de la rate : ce sont l'anémie plus ou moins persistante, la diminution de l'hémoglobine du sang, la diminution du nombre des globules rouges et l'augmentation du nombre des globules blancs, des hypertrophies ganglionnaires plus ou moins généralisées, des

troubles de l'état général (faiblesse, amaigrissement, somnolence, douleurs dans l'abdomen, dans les membres et le long des os), apparaissant dans un délai plus ou moins long après l'opération; mais ces troubles n'ont été que passagers, ils ne semblent jamais avoir compromis l'existence des sujets, ils sont enfin, assez exceptionnels. »

Les deux malades splénectomisés de M. Auvray n'ont pas présenté la moindre manifestation morbide. Néanmoins, le pronostic immédiat des plaies de la rate, même traitées chirurgicalement, reste grave.

S'il est vrai, en effet, qu'un certain nombre de morts imputables à la septicémie, auraient pu être évitées, il n'est pas moins certain qu'il faut tenir grand compte, au point de vue du pronostic opératoire, de l'état très précaire des blessés, au moment de l'intervention.

Dans la statistique que M. Auvray a publiée en 1901, et qui portait sur un ensemble de 54 cas de plaies et ruptures de la rate, la mortalité atteignait le chiffre de 48 p. 100. Dans la statistique de Mauclaire, publiée la même année, et plus complète, puisqu'elle renferme 61 cas, la mortalité était de 49 p. 100. C'est dire que la moitié des blessés avait succombé, malgré l'opération.

D'après Berger (1) (de Halherstadt), la mortalité pour 67 cas de splénectomies, pratiquées uniquement pour *ruptures* sous-cutanées, serait de 43 p. 100.

D'après Lebreton (2), qui étudie spécialement dans sa thèse les plaies de la rate, la mortalité opératoire serait de 44 p. 100, quel que soit le mode d'intervention; les plaies traitées par la splénectomie auraient donné 46 p. 100 de mortalité.

Actuellement, le nombre des splénectomies guéries en France, tant pour ruptures que pour plaies, est très restreint. J'en relève 9 cas.

Sept ont trait à des ruptures de la rate :

Paul Delbet, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 décembre 1898;

Auvray, *Gazette des hôpitaux*, 20 avril 1901;

Mauclaire, *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1901, p. 307.

Judet, *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1901, p. 539;

Coville, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1901, p. 1122;

Le Dentu et Mouchet, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 16 juin 1903;

Auvray. Observation que je viens de rapporter.

(1) Berger, *Arch. für Klin. chir.*, LXVIII, 3 et 4.

(2) Le Bręton, *Plaie de la rate*, thèse de doctorat, Paris, 1904, n° 338.

Deux cas ont trait à des plaies de la rate :
Hartmann, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1900, p. 277;
Michaux, *Thèse* de Lebreton, p. 29.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Auvray de la très intéressante observation qu'il nous a envoyée (à l'appui de sa présentation), de la publier dans nos Bulletins, et je vous demande de vous en souvenir, quand le moment sera venu pour notre distingué collègue, de se présenter à vos suffrages, pour une place de membre titulaire.

M. KIRMISSON. — Je demanderai à M. Demoulin si son rapport contient la description du manuel opératoire suivi par M. Auvray.

M. DEMOULIN répond affirmativement.

— Les conclusions du rapport de M. Demoulin sont mises aux voix et adoptées.

Sur un travail de M. le Dr Luc intitulé : *La méthode de Killian pour la cure radicale des sinusites frontales suppurées chroniques*,

Rapport par M. PAUL BERGER.

Le traitement des suppurations chroniques du sinus frontal, tel qu'on le pratiquait par les méthodes employées avant celle dont M. le Dr Luc préconise l'emploi et décrit le manuel opératoire dans le présent travail, laisse le malade exposé à des conséquences fâcheuses de deux ordres.

L'une de ces méthodes porte le nom de M. Luc, annexé à celui d'Ogston qui quelques années avant lui en avait tracé les lignes les plus essentielles : elle consiste dans l'ouverture de la paroi antérieure du sinus, à sa partie inférieure et interne, à la faveur d'une incision courbe qui longe la moitié ou le tiers interne du sourcil. Le sinus est ouvert dans une étendue équivalente à sa cavité; cette ouverture est suivie du curettage du sinus et du canal fronto-nasal, au travers duquel on établit un drainage par la narine correspondante; puis on referme la plaie, qui ne se traduit après la guérison que par la trace linéaire de l'incision en grande partie dissimulée par le sourcil. La guérison obtenue par ce procédé est le plus souvent rapide; la sécrétion muco-purulente qui se fait d'abord abondamment par la narine, diminue, tarit, et, quand on retire le drain, il ne reste comme trace de l'opération qu'une légère dépression correspondant à la brèche

osseuse que l'on a dû pratiquer pour effectuer le nettoyage du sinus infecté.

Il est vrai que dans certains cas, lors même que la guérison paraissait acquise, on a pu voir du gonflement, de la rougeur survenir au niveau de la cicatrice, révélant une nouvelle infection, une nouvelle rétention de pus dans le sinus. En ce cas il peut suffire de rouvrir le sinus, de procéder à un nouveau nettoyage, plus complet, de ses cavités, à un élargissement du détroit fronto-nasal, à un nouveau drainage, et le malade guérit en conservant des traces plus visibles qu'après la première intervention ; il peut même, comme nous l'avons vu, se former une fistule cutanée, difficile à guérir autrement qu'en recourant à l'ablation de toute la paroi osseuse antérieure du sinus.

Mais des accidents plus graves encore ont été observés à la suite de l'opération d'Ogston-Luc : deux fois notre distingué confrère a vu des accidents d'encéphalite à marche presque foudroyante se développer d'une manière très rapide à la suite de cette intervention si simple, et enlever l'opéré malgré l'ouverture et l'évacuation d'un abcès qui s'était formé dans le lobe frontal du cerveau.

Nous verrons à quelle cause M. Luc attribue le développement de cette complication : il ne nous paraît pas aussi certain qu'il le pense qu'un certain degré d'infection du sinus persistant malgré le curettage le plus complètement pratiqué de sa cavité n'ait pu en être la cause, et c'est un point sur lequel nous aurons à revenir quand nous ferons la critique du procédé de Killian auquel il donne actuellement la préférence.

Il nous semble que la seconde des méthodes par lesquelles on se propose d'obtenir la guérison de la suppuration du sinus doit, mieux que la précédente, mettre à l'abri de ces redoutables accidents. C'est la méthode du professeur Kuhnt (de Königsberg) qui se propose d'obtenir l'oblitération complète de la cavité sinusienne en réséquant toute la paroi antérieure et une portion du plancher du sinus frontal, y compris la partie correspondante du rebord orbitaire. L'application des téguments sur la paroi profonde des tissus a pour conséquence la suppression complète de la cavité et met le sujet à l'abri de tout retour infectieux, mais au prix d'une déformation faciale dont on conçoit toute l'importance. Avant Kuhnt, M. Terrier avait eu recours à ce mode opératoire, ainsi que l'établit M. Cauzard dans sa thèse, mais c'est bien au professeur de Königsberg qu'il appartient d'en avoir systématiquement décrit et réglé l'emploi.

M. Luc pense éviter d'une manière sûre la défiguration qui résulte de l'opération de Kuhnt, de même que les graves accidents

observés par lui à la suite des opérations pratiquées par sa première manière (opération d'Ogston-Luc), en recourant à l'opération de Killian (de Fribourg en Brisgau), à laquelle il s'est rattaché dès que ce chirurgien l'eut fait connaître dans le premier fascicule des *Archiv für Laryngologie*, en 1902.

Voici, d'après la description qu'en donne M. Luc, les temps dont se compose cette opération :

1° Incision courbe à concavité inférieure et externe, longeant la moitié interne du sourcil, puis, après avoir atteint la racine et suivi le tiers supérieur du dos du nez, descendant sur le côté de ce dernier jusqu'à la joue qu'elle atteint à plus d'un centimètre au-dessous de l'arcade orbitaire inférieure.

2° Après refoulement des lambeaux cutano-périostés, création de deux brèches osseuses : l'une aux dépens du plancher du sinus permettant déjà au moyen d'un stylet de mesurer les dimensions de la cavité frontale ; l'autre créée aux dépens de la paroi antérieure du sinus, étendue jusqu'à ses extrêmes limites supérieure et externe, mais séparée de la première par un pont osseux, correspondant à l'arcade orbitaire supérieure, et destiné à soutenir ultérieurement les téguments et à diminuer la défiguration post-opératoire. La brèche inférieure, commencée au niveau du plancher du sinus, est étendue inférieurement à la partie supérieure de l'apophyse montante du maxillaire, de façon à créer en face des cellules ethmoïdales antérieures un orifice qui permette de les ouvrir et de les curetter complètement.

3° Curettage du foyer par les deux brèches et élargissement du détroit fronto-nasal par destruction des cellules ethmoïdiales antérieures. (M. Luc a adopté la pratique de guider cette dernière partie du curettage au moyen du petit doigt introduit de bas en haut par la narine correspondante, il ne se déclare satisfait que quand il a réussi à faire pénétrer l'extrémité du doigt jusqu'à la partie inférieure de la région frontale.)

4° Après lavage abondant du foyer avec de l'eau oxygénée, insufflation d'iodoforme et introduction d'une mèche de gaze unique, dont l'extrémité inférieure est amenée à travers le détroit fronto-nasal jusqu'à la narine ; réunion immédiate de la plaie. Un pansement compressif est appliqué, de façon à favoriser l'application du tégument frontal sur la paroi profonde du sinus et à obtenir la suppression de la cavité sinusienne supérieure, tandis qu'inférieurement cette même suppression est réalisée par l'ascension du tissu graisseux de l'orbite à travers le plancher effondré.

Il est certain que l'opération de Killian ouvre une voie d'accès

très large pour le nettoyage du sinus frontal, qu'elle assure un drainage facile de sa cavité, qu'elle ménage autant que possible l'intégrité de la forme; mais telle n'est pas, suivant M. Luc, sa principale raison d'être et sa réelle utilité. L'idée dominante qui a présidé à sa conception a été l'intention d'ouvrir largement le labyrinthe ethmoïdal en détruisant les cellules ethmoïdales antérieures vers lesquelles la brèche inférieure, pratiquée au travers de l'apophyse montante du maxillaire, donne un très facile accès.

C'est à la persistance de l'infection cantonnée dans ces cellules que M. Luc attribue les accidents cérébraux auxquels ont succombé deux des sujets opérés par sa première manière : il pense avoir trouvé, dans l'ouverture et la désinfection des cavités ethmoïdales, un moyen efficace de prévenir ces redoutables complications. Nous sommes très disposés à admettre avec lui que la désinfection est beaucoup plus complète, que l'évacuation des liquides et des produits septiques est beaucoup mieux assurée, par l'opération de Killian; nous ne pouvons néanmoins nous défendre encore de penser que la persistance d'une cavité sinusienne, conséquence forcée de la conservation du rebord orbitaire, peut entretenir au voisinage immédiat de la cavité cranienne, séparée de celle-ci seulement par une lamelle osseuse des plus minces, une infection suppurative dont le meilleur drainage ne peut rendre tout à fait innocent. A cet égard l'opération de Kuhnt, en laissant de côté la déformation à laquelle elle donne lieu, nous semblerait donner plus de garantie, surtout si on l'annexait à la destruction des cellules ethmoïdales antérieures, ainsi qu'il serait facile de le faire.

L'opération adoptée par M. Luc expose en outre à un accident qu'il a vu se produire sur l'un des onze malades sur lesquels il a pratiqué cette intervention avec succès : c'est la désinsertion ou la destruction de l'attache de la poulie du grand oblique, qui peut se produire au cours de la résection du plancher du sinus. Cette lésion a pour conséquence la diploplie survenant dans certaines directions du regard par la suspension de l'action du grand oblique. On peut, ainsi que le dit M. Luc, en s'éclairant suffisamment au moment où l'on attaque la voûte orbitaire, voir et éviter de blesser l'insertion de la poulie; dans le cas où il a vu survenir cet accident, le sinus s'étendait très loin vers le sommet de l'orbite, et, après une première opération insuffisante, le chirurgien dut réséquer la totalité du plancher du sinus, sans s'inquiéter, dit-il, de compromettre le fonctionnement du muscle en question. D'ailleurs trois mois environ après cette opération les signes révélant l'insuffisance du grand oblique s'étaient notablement atténués,

et M. Luc espérait les voir bientôt disparaître d'une manière complète.

Sans pouvoir donner des conclusions personnelles sur ce sujet nous disons donc que, dans le traitement des inflammations chroniques suppurées du sinus frontal, l'opération de Killian est celle qui paraît, d'après les observations de notre distingué confrère M. le Dr Luc, réunir le moins de dangers et le plus de chances de guérison radicale à la conservation aussi parfaite que possible de l'esthétique du visage.

M. Terrier.— Il y a déjà longtemps (en 1895) qu'à l'hôpital Bichat j'ai pratiqué une opération pour une fistule du sinus frontal. On avait injecté par cette fistule des liquides variés, sans aucune amélioration. J'ouvris largement le sinus *dans toute son étendue*, je respectai l'arcade sourcilière, puis je mis à travers le plancher de l'orbite un gros drain qui pénétrait dans les fosses nasales. Ce malade guérit parfaitement, et le résultat s'est maintenu aussi longtemps que j'ai pu suivre ce malade. Il ne portait comme trace de son opération qu'une petite dépression cutanée au niveau du sinus frontal.

Présentations de malades.

Chirurgie conservatrice pour plaies contuses et gangrenées de l'articulation du genou.

M. Quénu. — Je vous présente un malade dont le genou fut ouvert par une roue de tramway en mars dernier; la jambe ayant été prise entre les rayons des roues fit un grand nombre de tours, jusqu'à l'arrêt du tramway. Il fallut un cric et une demi-heure de travail pour dégager le blessé.

Je ne le vis que quarante-huit heures après l'accident; le genou droit était béant, les condyles et les parties molles recouverts d'une sanie d'un gris verdâtre et de petites escarres. Fracture de l'extrémité supérieure du tibia, fracture avec plaie du quart inférieur des os de la jambe. Fièvre considérable, pouls au delà de 120. La jambe et la cuisse sont œdématiées et horriblement douloureuses. Mes internes m'avaient prévenu que j'avais à faire une amputation de cuisse : malgré l'aspect lamentable de la plaie, je résolus de tenter la conservation du membre. J'agrandis encore l'ouverture du genou, fendis les décollements et instituai les lavages et pansements oxygénés. Après quelques péripéties, le

malade a guéri en conservant un membre ankylosé, mais dont la fonction me paraît satisfaisante ainsi que vous pouvez en juger. L'observation complète sera ultérieurement publiée.

Tumeur blanche du coude.

M. Berger présente un malade sur lequel il a pratiqué la *résection du coude* pour une tumeur blanche de cette articulation. L'intérêt de ce cas réside dans la gravité et l'étendue des lésions des parties molles et des extrémités articulaires, lésions telles que l'amputation du bras semblait la seule ressource. Après quelques opérations préliminaires, la résection fut pratiquée il y a un an et demi environ, et, après une opération complémentaire nécessitée par la persistance de trajets fistuleux, la guérison fut obtenue. Quoique le membre présente une déformation extrême consistant en une sorte de luxation des extrémités osseuses, la mobilité excessive qui existe entre elles disparaît, et le coude récupère une grande solidité dans la flexion qui peut se faire avec force. Les fonctions de l'avant-bras et de la main sont entièrement conservées. De semblables exemples montrent que la résection du coude, dans les tumeurs blanches de cette articulation, ne rencontre pour ainsi dire d'autres contre-indications que celles qui peuvent résulter de l'état général.

Présentation de pièces.

Fibrolipome périostique.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une volumineuse tumeur que j'ai extirpée de la cuisse d'un homme de soixante et un ans.

Son développement avait été rapide : elle était manifestement immobilisée par la contraction du quadriceps. J'avais fait le diagnostic de sarcome musculaire et je m'attendais à une dissection difficile.

Il en fut tout autrement. Après avoir traversé toute l'épaisseur du quadriceps, je trouvai, entre l'os et le muscle, une tumeur parfaitement capsulée et sans aucune adhérence, sauf au niveau de son pédicule.

Ce pédicule, large et mince, en forme de lamelle, je le disséquai avec soin et constatai qu'il s'insérait sur la bifurcation interne de la ligne âpre du fémur.

La tumeur, qui pèse 1.150 grammes, est de nature fibro-lipomateuse. C'est donc un fibro-lipome, d'origine périostique.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement opératoire des cancers du gros intestin.

M. Quénu. — Notre collègue, M. Hartmann, a présenté dans la séance du 2 novembre une note sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du gros intestin. S'il a bien fait d'appeler à nouveau notre attention sur cette grosse question, il a eu moins raison de dire que le traitement opératoire des tumeurs du gros intestin n'avait guères été abordé à notre tribune. Sans compter les présentations de cas isolés, tels que ceux de Lejars (1), en 1899, de Monod (2), en 1899, de Routier (3) et de Poirier, nous avons présenté à la Société de chirurgie, en 1898, une étude faite en collaboration avec M. Duval, et intitulée : *Etude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien*. Enfin, en 1891, un rapport (4) a été lu devant la Société de chirurgie, le 3 avril 1901, sur deux observations de résection intestinale pour cancer, de M. Imbert, de Montpellier ; sur une observation de résection de l'anse oméga

(1) Lejars. *Société de chirurgie*. Tumeur maligne de la valvule iléo-cæcale. Résection large et réunion des deux bouts.

(2) Monod. Cancer du cæcum. Extirpation, entéro-anastomose latérale.

(3) Routier. Cancer colloïde de l'intestin. Résection de 14 centimètres de l'S iliaque.

(4) Quénu.

de MM. Gilis et Imbert, et sur deux observations de résection intestinale pour cancer, de M. Brin (d'Angers).

Cette rectification faite, je me permettrai d'adresser une autre critique à notre collègue : je ne saisis pas très bien l'intérêt d'un englobement dans un même chapitre, des inflammations, de la tuberculose et des cancers. Notre souci doit être plutôt de différencier les cas, et d'établir, au point de vue chirurgical, comme au point de vue nosologique, des groupements comparables. Je n'insiste pas, et je me limiterai au traitement opératoire des cancers du gros intestin, rectum excepté.

Il est une première division qui s'impose, suivant qu'on a ou non devant soi un cancer intestinal en pleine crise d'obstruction. Telle est la distinction que j'ai faite dans mon rapport de 1901, c'est celle qu'a adoptée M. Hartmann, et j'imagine qu'elle a été suivie par tout le monde, tant les conditions cliniques et opératoires sont différentes.

Cancers de l'intestin avec occlusion (1). — Quand il y a des symptômes d'occlusion, plusieurs cas encore sont à envisager, les cas d'occlusion totale avec interruption complète et persistante de l'émission des gaz, et les cas assez fréquents d'occlusion incomplète, que j'appelle cas de *petite occlusion*, où de temps en temps quelques gaz sont rendus, où le météorisme subit des oscillations, où la durée des accidents se prolonge des semaines avec un même aboutissant, la transformation progressive ou brusque en occlusion complète.

Dans ces occlusions complètes, pour cancer intestinal reconnu, je renonce à toute intervention radicale immédiate. A mon avis, la meilleure conduite est de se borner à parer aux accidents d'occlusion à l'aide (suivant la possibilité d'un diagnostic de siège) d'un anus cæcal ou d'un anus iliaque, en s'efforçant d'éviter la souillure de la plaie, au moins dans les premières heures qui suivent l'intervention. J'ai conseillé dans ce but, après avoir fixé le cæcum à la paroi, d'attendre une dizaine d'heures, puis de ponctionner l'intestin avec un trocart un peu plus gros qu'un trocart à hydrocèle. Ce trocart traverse le pansement et prolongé par un tube en caoutchouc vient déverser le liquide intestinal

(1) J'appelle l'attention sur certains cancers du gros intestin qui, jusqu'à la fin de leur évolution, ne déterminent jamais d'accident d'occlusion, mais se traduisent du commencement à la fin par de la diarrhée continuelle. J'interprète celle-ci comme le résultat d'une sorte d'état septique engendré par l'ulcération ichoreuse du cancer. La phase non ulcéreuse est silencieuse et passe inaperçue, puis survient de la diarrhée. J'avais déjà signalé cette forme clinique dans le cancer du rectum, je l'ai rencontrée dans les localisations cæcales et coliques.

dans une cuvette placée à côté du malade. Mon collègue et ami Félizet a pu voir l'an dernier, sur un malade occlus qu'il avait bien voulu me confier, fonctionner ce petit appareil qui a pour avantage la protection de la plaie et l'évacuation lente du liquide accumulé. Il va sans dire qu'au bout de deux ou trois jours la ponction fait place à l'incision de l'intestin (1).

Pour que cette technique soit applicable, il est nécessaire que le contenu intestinal soit liquide ou semi-liquide; c'est ce qui arrive, d'ailleurs, dans la majorité des cas, tant par suite de la réaction spontanée de la muqueuse intestinale qui sécrète au-dessus de l'obstacle que par suite des purgatifs que de lui-même, ou par ordonnance médicale, le malade a absorbés.

Cependant, les choses peuvent être tout autres, spécialement quand la tumeur occupe la terminaison du côlon, le côlon iliaque ou l'anse sigmoïde. Chez certains malades, l'obstruction reste longtemps incomplète; il ne s'agit au début que d'une constipation prolongée : il y a rétention absolue de matières et libre évacuation de gaz, et cela dure dix et quinze jours et même un mois. Puis il arrive que les gaz s'échappent difficilement, et sont enfin supprimés. On établit un anus au-dessus de l'obstacle, d'après la possibilité d'un diagnostic de siège, soit sur l'S iliaque, soit sur le cæcum; on ouvre largement et il ne sort que peu de choses ou rien. L'intestin est bouché par de véritables stercoromes ayant l'aspect et la consistance de ceux qu'on observe dans certaines dilatations simples du gros intestin.

Ces stercoromes sont tantôt par boules, tantôt par masses allongées. Mais d'autrefois ils remplissent, comme par une seule coulée, tout le gros intestin. J'ai observé cette dernière complication chez deux malades. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jardinier auprès duquel j'avais été mandé, comme chirurgien du Bureau central, à l'hôpital Beaujon; ce pauvre homme était atteint d'occlusion complète. Sa dernière garde-robe remontait à un mois. Espérant vaincre une constipation opiniâtre, il avait absorbé des quantités de cerises et avalé pas mal de noyaux. Il succomba avant même toute intervention.

L'autopsie montra qu'au-dessus d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque admettant à peine une plume d'oie, s'étendait un magma dur formé de matières fécales densifiées et de plus de 30 noyaux de cerises.

Il y a trois ou quatre ans, au mois d'octobre, je donnai des soins avec le Dr de Launay à un peintre connu, d'une cinquantaine d'années et en proie à une crise d'occlusion complète. Des

(1) Cette pratique est imitée de celle que nous avions adoptée pour certains cas de cancers du rectum, à l'exemple de Paul.

signes d'obstruction incomplète avaient précédé la crise finale et depuis plusieurs semaines le malade avait tenté de « se rafraîchir » en faisant une cure de raisins.

Je fixai le cæcum à la paroi abdominale et vingt-quatre heures après, ayant trouvé avec le doigt une consistance ferme de l'intestin, au lieu de ponctionner, je pratiquai d'abord une petite, puis une large ouverture. Rien ne sortit, je rencontrai une sorte de ciment d'une dureté extrême, constitué par des matières fécales durcies et des pépins de raisin; malgré l'emploi du doigt et d'une curette je ne réussis pas à déboucher le cæcum et le malade succomba sans avoir rendu ni gaz ni matières.

En signalant ces particularités cliniques, je n'ai qu'un but, c'est de montrer que l'occlusion pour cancer ne se manifeste pas toujours avec les caractères de simplicité que laisseraient supposer certaines descriptions.

Aussi difficiles au point de vue pratique sont les cas où l'occlusion est le résultat d'un mélange d'obstacle mécanique et d'infection péritonéale. Le 22 juin dernier, M. Tuffier a publié dans la *Semaine médicale* une fort intéressante clinique sur les abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin. Il m'a été donné tout récemment (le mois dernier) d'en observer un exemple instructif. On a apporté dans mon service un malade de quarante-cinq ans environ atteint d'occlusion incomplète avec vomissements et fièvre. D'une part le toucher rectal permit de constater l'existence d'une masse fluctuante intra-pelvienne, comprimant l'intestin, et d'autre part on percevait par le palper abdominal dans le flanc gauche, une petite tuméfaction grosse comme un œuf, sans connexion apparente avec la collection pelvienne qui se trouvait de fait à une grande distance d'elle.

La ponction par le rectum permit d'évacuer le pus pelvien et d'obtenir un soulagement notable, mais les accidents reparurent et l'obstruction devint complète.

Mon assistant, M. Duval, appelé d'urgence, fit une laparotomie, reconnut que l'obstruction siégeait au niveau du petit foyer suppuré du flanc gauche, foyer auquel adhérait une anse grêle. Or, l'autopsie démontra que ce foyer était contigu à un cancer du côlon iliaque et qu'il avait fusé vers le petit bassin.

Parfois l'infection du péritoine plus atténuée se traduit non par de la suppuration, mais par des brides, des adhérences en nappe qui fusionnent les unes avec les autres des anses grêles (cas de cancer du cæcum rapporté plus loin) des adhérences et fusions d'anses grêles avec la masse néoplasique.

Le cancer intestinal compliqué d'occlusion est donc bien loin de

se présenter toujours à l'état de simple lésion sténosante disposée sur le trajet de l'intestin. Quand on ouvre le ventre en pareils cas, il faut s'attendre à des surprises, à des lésions plus complexes que celles qu'on supposait. Or, comme l'état du malade et comme l'état du ventre ne permettent véritablement pas de se livrer à une intervention longue et difficile, il me paraît de toute prudence dans les cas d'occlusion par tumeur de se borner à l'anus contre nature. C'est la pratique qu'ont adoptée beaucoup de chirurgiens, entre autres Mickulicz (1) qui en occlusion aiguë fait la colostomie et ultérieurement l'exérèse; c'est celle de Schloffer (2), élève de Wolfler. Cette pratique chirurgicale a pour avantage de ne faire que le strict nécessaire, c'est-à-dire d'obtenir le rétablissement de la circulation intestinale quand cela est possible, et de n'ajouter que peu à un état grave. Est-ce à dire qu'elle ne comporte aucun échec? Bien loin de là, je pense que si nous parlons des mêmes choses, nous reconnaîtrons qu'aucune thérapeutique n'est à même de fournir une statistique brillante dans les cas de cancers intestinaux compliqués d'occlusion. Prétendre le contraire serait faire l'aveu d'une observation limitée et insuffisante.

Dans maintes circonstances, on ne fait pas toujours le diagnostic de la cause d'occlusion, et si le météorisme est limité, l'état général passable, on se laisse aller à pratiquer une laparotomie. On découvre un cancer du gros intestin. Que faut-il faire?

Dans la plupart des cas, je n'hésiterai pas à conseiller de fermer le ventre et de faire un anus contre nature, dont le siège ici pourra être rigoureusement précisé. Cependant, si le cancer occupe une anse mobile, je conçois qu'on ait la tentation de suivre la pratique préconisée par M. Hartmann, après Mickulicz et Hochenegg, c'est-à-dire de sortir l'anse et d'en faire l'exérèse immédiate hors du ventre. J'ai assisté, il y a trois ans, mon ami le Dr Houzel, de Boulogne-sur-Mer, dans une opération de ce genre. L'anse malade extériorisée fut rapidement fixée à son collet, et la résection faite extemporanément. La malade, dans un état très grave au moment de l'opération, succomba le lendemain, mais cela ne touche en rien à la valeur du procédé.

Cette technique opératoire, nous devons le reconnaître, n'est qu'une variante des procédés de Bloch (3), de Copenhague, et de Reclus, qui, tous deux, extériorisent la tumeur et la résèquent ensuite, mais en laissant entre la résection et l'extériorisation un intervalle destiné à favoriser la formation d'adhérences protectrices. Mickulicz opérait de même autrefois; il fait actuellement de

(1) Mickulicz 32e Congrès allemand de chirurgie, 25 avril, 1902.
(2) *Beiträge zur klinischer Chirurg.*, 1903, B. XXXVIII, I and II H.
(3) Bloch. *Nord. med. Arkive*, 1892.

suite la résection extra-abdominale; il en est de même de Hochenegg.

L'extériorisation de l'anse exige une certaine mobilité de cette anse. Les cas où cette mobilité suffisante existe sont-ils nombreux? J'en doute. Je sais que la mobilité n'est pas rigoureusement liée au siège du cancer, et que même certains cancers des angles coliques sont mobilisables; j'ai rapporté une observation de M. Brin dans laquelle une tumeur de l'angle colique droit pouvait être descendue jusqu'à la crête iliaque et amenée à travers la plaie médiane d'une laparotomie. Mais, je le répète, c'est l'exception, et il en est de même du côlon iliaque et de la terminaison de l'anse sigmoïde : celle-ci, dans sa totalité, n'est même pas toujours extériorisable. Si je me rapporte aux très nombreux cas de cancers du gros intestin qu'il m'a été donné d'observer, l'extériorisation de l'anse cancéreuse, sans décollement d'aucune sorte, est impraticable dans la très grande majorité des cas; elle constitue, quand elle est possible, une opération plus importante que le simple anus contre nature; elle peut être recommandable quand, par suite d'un diagnostic imprécis de la cause qui occlut, on a été conduit à pratiquer une laparotomie médiane et qu'on a rencontré un cancer du gros intestin mobile et facilement extériorisable.

Cancer du gros intestin sans occlusion. — Pour le cæcum, il n'y a pas de discussion; tout le monde accepte l'opération en un temps. J'apporte trois faits d'extirpation du cæcum pour cancer, et je vous présente deux pièces relatives à deux des observations. Sur ces 3 opérations, j'ai eu une mort et 2 guérisons. La mort est survenue chez une malade de soixante-deux ans, atteinte d'un cancer du cæcum propagé au côlon ascendant et adhérent aux muscles de la paroi abdominale postérieure. Je dus faire de grands délabrements, et ne réussis qu'à péritoniser imparfaitement.

Voici les pièces enlevées chez les deux malades qui ont guéri.

La première provient d'une opération pratiquée en mai 1899, c'est-à-dire il y a cinq ans et demi, chez une dame que m'avait adressée mon ancien élève, le Dr Joly. Notre collègue M. Nimier assistait à l'opération. Je fis un anastomose de l'intestin grêle avec le côlon ascendant, puis enlevai la masse du cæcum et la terminaison de l'intestin grêle. Je dus enlever quelques ganglions malades. J'ai des nouvelles récentes de l'opérée, puisque je l'ai vue hier en parfait état de santé et sans aucun malaise. Voici la masse bourgeonnante qui occupait la valvule iléo-cæcale.

Cette autre pièce a été enlevée chez un malade de soixante-deux ans atteint d'une grosse masse dans la fosse iliaque droite, don-

nant naissance à des crises douloureuses que les médecins s'obstinaient à prendre pour des crises d'appendicite. La tumeur très ulcérée avait infecté le péritoine et provoqué des adhérences en nappe entre les anses intestinales à tel point que je passai vingt minutes à les libérer avant de pouvoir arriver sur la tumeur. Je constatai alors qu'une anse grêle était englobée dans la masse néoplasique et je dus la réséquer en bloc avec le cæcum et le côlon ascendant. Les deux bords de l'anse grêle furent réunis en termino-latérale.

L'iléon fut anastomosé avec l'anse sigmoïde et le bout du côlon ascendant occlus fut fixé à la paroi abdominale. L'opération fut faite en juin 1902.

Le 14 novembre le poids était augmenté de 25 livres. Le malade a été revu cette année.

Ainsi pour le cæcum nous sommes d'accord, il faut enlever la tumeur en un seul temps. Je suis assez enclin à adopter l'idée de mon ancien interne Brin, c'est-à-dire de faire d'abord une iléo-sigmoïdostomie, de manière à éloigner le plus possible le raccord intestinal de la zone néoplasiée toujours plus septique. Quant au bout colique, on peut le fixer à la paroi abdominale ou même l'y inclure après l'avoir soigneusement fermé par un surjet.

C'est la pratique que j'ai suivie dans la troisième observation.

Pour le reste du gros intestin est-il possible d'adopter une formule unique ? Je ne le pense pas.

La tendance des Allemands est évidemment d'opérer en deux temps. J'ai cité la pratique de Mickulicz et de Wolffer. De même, Hochenegg (1) opère aussi en deux temps ; il attire hors de l'abdomen et fixe au péritoine pariétal le segment néoplasique ; une fistule stercorale est pratiquée sur le segment extériorisé au-dessus du néoplasme et on y introduit un tube à drainage.

Dans un deuxième temps le segment intestinal y compris la fistule est réséqué et dans la même séance la colorraphie. Sur 5 cas Hochenegg n'a eu aucune mortalité.

Mais ce chiffre de 5 opérations nous démontre à lui seul que Hochenegg n'a pas opéré tous ses cancers du gros intestin par ce procédé. Les cas extériorisables sont précisément des cas faciles ; ils le sont puisqu'ils sont mobiles, non fixés par les adénopathies qui déplissent les mésos ou par des adhérences accusatrices de cancers ulcérés anciens et septiques ; ils sont faciles parce que les tuniques intestinales à distance du cancer ont gardé leur saine structure et ne se coupent pas par les fils et que encore toute l'opération, quelle qu'elle soit, se passe hors du ventre. Dans ces

(1) XXXI[e] congrès allemand de chirurgie, 25 avril 1902.

conditions d'aisance opératoire et de cas favorable, je me résoudrai difficilement à revenir systématiquement à une opération qui, en somme, n'est qu'une opération de Volkmann rajeunie, et, je veux bien le reconnaître, perfectionnée. Jusqu'à nouvel ordre, je préfère la conduite opératoire suivante, que j'ai suivie avec succès chez une malade que m'avait confiée notre collègue Herbet et que j'ai opérée en sa présence et en présence de mon regretté ami, Gérard Marchant.

La malade, âgée de quarante-trois ans, éprouvait des symptômes de stase stercorale depuis plus de neuf mois quand elle me fut adressée. Je diagnostiquai un néoplasme de l'anse sigmoïde; l'anse malade réséquée, la continuité de l'intestin fut rétablie par une anastomose termino-latérale. L'opération eut lieu le 23 juin 1902; le 5 juillet les fils furent enlevés, les suites opératoires furent celles de la laparotomie la plus simple; la malade quitta l'hôpital le 19 juillet, soit vingt-six jours après son opération.

Je l'ai revue un an après avec une récidive hépatique, sans récidive locale ni pelvienne. Il est incontestable que dans des cas simples comme ceux-là, l'opération en un seul temps a une supériorité incontestable sur les traitements qui nécessitent deux opérations successives (Micklicz, Hochenegg, Hartmann) ou même trois opérations (Scholffer).

Toutefois, si l'état d'affaiblissement du malade commandait une opération rapide ou si la disposition anatomique des parties, tout en se prêtant à une extériorisation, comportait une réfection imparfaite ou douteuse de la continuité intestinale, j'aurais volontiers recours à l'opération de Volkmann, modifiée, que préconisent avec M. Hartmann les auteurs que j'ai cités plus haut. Je suis certes frappé par les chiffres qui nous sont fournis par les Allemands, comme par M. Hartmann, et je dois avouer que ma statistique est moins bonne. Nos observations sont-elles comparables, voilà toute la question, et j'incline à penser que non.

Cette opération, lorsqu'elle est possible, me paraît donc applicable aux cas où il y a intérêt à aller vite, et encore à ceux où des raisons quelconques ne permettent pas de réaliser une opération de suture idéale.

Je rappelle enfin que dans quelques localisations à l'anse sigmoïde, le bout inférieur est trop court pour être bien suturé, sans aucune traction au bout supérieur; c'est alors que Madelung a inventé l'opération qui porte son nom et qui consiste à établir le bout supérieur en anus définitif, après avoir clos le bout inférieur.

Dans la statistique que nous avions faite en 1898, l'opération de

Madelung donnait cinq guérisons sur cinq opérations, soit une mortalité de 0 p. 100 ; nous sommes convaincus qu'on aurait de fortes déceptions si on se fiait à ces chiffres, et c'est là le tort des statistiques qui portent sur de faibles chiffres et sur des cas pour la plupart sélectionnés.

Nous avons opéré un malade, âgé d'une cinquantaine d'années, par le procédé de Madelung et nous nous sommes promis de ne plus recommencer. Après avoir fermé le bout inférieur nous avions minutieusement reconstitué le péritoine par-dessus la suture, et nous espérions un bon résultat. Dès le premier jour, les suites furent parfaites, idéales à tel point que j'engageai mon assistant M. Duval à aller voir le malade. Brusquement, le septième jour, les choses tournèrent tout autrement : un peu de sanie sanguinolente s'écoula par l'anus et des symptômes de septicémie péritonéale éclatèrent. C'est qu'en effet à une faible distance d'un cancer ulcéré, il est impossible d'obtenir un degré d'asepsie satisfaisante. On est donc toujours exposé en pareil cas à voir la suture céder secondairement et tout compromettre. J'ai regretté amèrement de n'avoir pas terminé mon opération par une résection rectale.

Je conclus en répétant ce que je disais en 1898 et 1901 à la Société de chirurgie. Toute généralisation est imprudente, et il est difficile, impossible même, de vouloir établir des règles générales qui s'appliquent à toutes les localisations et à toutes les formes de cancer intestinal. L'*amélioration* de nos résultats opératoires viendra surtout de l'éducation chirurgicale des médecins qui en trop grand nombre ignorent les ressources de la thérapeutique opératoire.

Je résumerai ainsi mon avis sur la technique qui nous est soumise par M. Hartmann.

1° Dans les cancers en occlusion complète ou incomplète, l'opération de choix est l'intervention minima, c'est-à-dire l'anus contre nature avec exérèse secondaire ;

2° Si le diagnostic de la cause cancéreuse de l'occlusion n'ayant pas été fait, on a pratiqué une laparotomie, et si l'anse cancéreuse plus mobile se prête à l'extériorisation, on peut recourir à l'opération de Reclus modifiée par Hochenegg et Hartmann.

Voilà pour les cancers avec occlusion; quant aux autres je dirai :

1° En l'absence d'occlusion, tout cancer du cæcum doit être opéré en un temps ;

2° Le traitement opératoire des autres localisations doit varier avec le siège, la mobilité, la disposition anatomique de l'anse malade.

Il y a tout intérêt à opérer en un seul temps un cancer limité dont l'exérèse ne nécessite pas de délabrements étendus; j'adopterais volontiers comme technique celle de Brin qui propose systématiquement l'établissement d'une anastomose iléo-sigmoïdienne, dont à mon sens l'avantage est surtout de dériver loin de la zone de sutures le courant des matières intestinales.

J'aurais recours au procédé de Reclus, Hochenegg, Hartmann, dans les cas où la rapidité est commandée par l'état général de l'opéré, ou bien encore si on doutait de pouvoir exécuter une bonne réparation ou une réfection profonde de la continuité intestinale.

La communication de notre collègue ne saurait manquer en tout cas de nous inciter à recourir plus souvent à la technique qu'il recommande et à étendre ses indications.

M. Paul Segond. — La remarque de notre collègue Quénu sur les suppurations péri-intestinales, envisagées comme premier symptôme du cancer, est instructive à retenir; j'en ai vu quelques exemples nets. Quant à la conduite qu'il préconise en cas d'obstruction intestinale par cancer du gros intestin, elle ne saurait être trop recommandée. Il est de toute évidence que la seule chose raisonnable à faire, en pareil cas, c'est de lever l'obstruction par un anus contre nature. Cela fait, les malades retrouvent leur résistance vitale et la possibilité de bien supporter ensuite les interventions radicales dont ils peuvent être justiciables.

Le manuel opératoire que nous conseille Quénu pour établir, en pareils cas, un anus contre nature est, sans doute, très judicieux, mais je crois qu'il est possible de faire mieux encore et plus vite. Il suffit pour cela de libérer l'appendice, de le laisser pendre en dehors, entre deux compresses, et d'en faire une sorte de drain naturel ou mieux de manchon, qui permet d'introduire dans le cæcum une sonde par laquelle le contenu intestinal s'écoule loin de la plaie, sans que celle-ci soit exposée au moindre risque de contamination. Lorsque les adhérences sont produites, on résèque l'appendice et le cæcum est incisé dans une étendue convenable. On associe, de la sorte, les bienfaits des opérations en un temps à la sécurité des opérations en deux temps.

Ce nouveau manuel m'a été inspiré par les faits d'appendicostomie publiés en Amérique, et je le crois très avantageux. Il m'a paru tout indiqué de vous en parler à propos de la communication de notre collègue Quénu, mais il mérite mieux que ces indications sommaires, et je vous demanderai la permission d'y revenir d'une manière un peu plus détaillée.

Abcès du sinus frontal; trépanation; défoncement de la paroi inféro-interne; large drainage par les fosses nasales. Opération faite en 1894.

M. Quénu. — Je profite du rapport de M. Berger sur le traitement des abcès du sinus frontal pour vous lire une observation de date ancienne déjà, puisqu'elle est de 1894, et que je n'avais pas cru jusqu'ici devoir publier, pensant que ces opérations étaient du domaine courant.

Ma malade Mme N. A..., âgée de soixante-trois ans, était entrée salle Richet au pavillon Pasteur le 23 avril 1894, pour une maladie du sinus frontal remontant à trois ans et demi. Aucune affection nasale ou lacrymale antérieure, ni syphilis, ni tuberculose.

Il y a trois ans et demi, sans cause appréciable, la partie interne de l'arcade orbitaire gauche devint sensible à la pression.

Bientôt des douleurs apparurent s'étendant à toute la région frontale gauche, douleurs continues avec exacerbations dans le décubitus dorsal et les positions déclives de la tête, insomnie absolue.

Peu de temps après, la peau rougit, se tuméfia à la partie interne du rebord orbitaire; le globe oculaire faisait saillie en avant et en dehors. Diplopie de courte durée.

Au bout de trois mois, un orifice se forma au niveau de la partie interne du sourcil, donnant issue à un liquide épais et jaunâtre, puis une détente se produisit dans les phénomènes douloureux.

Le trajet fistuleux ainsi établi s'oblitérait de temps en temps et à chaque oblitération correspondait une exacerbation des douleurs.

Le 15 avril 1894, la malade nous fut adressée à la fondation Pereire. Je fis entrer la malade dans mon service à l'hôpital Cochin. Après trois semaines de nettoyages et de lavages par le trajet fistuleux, je procédai à l'opération suivante, sous le chloroforme.

Opération le 19 mai. — Incision courbe sur le rebord orbitaire, de la racine du nez à la queue du sourcil. Le périoste est décollé à la rugine, puis la paroi intérieure du sinus frontal est défoncée de manière à ouvrir largement la cavité du sinus dont nous mesurons les dimensions qui sont :

Diamètre	transversal.	72 millimètres.
—	vertical	65 —
—	antéro-postérieur.	35 —

Les parois sont tapissées de toutes parts par une muqueuse blanchâtre qui ne paraît pas très altérée, du moins à l'œil nu. Au

fond quelques mucosités purulentes. Je défonçai la partie déclive du sinus en bas et en dedans et j'engageai le doigt librement dans les fosses nasales; la curette introduite pénétra dans le pharynx en passant derrière le voile du palais. La peau fut suturée après excision du trajet fistuleux; on laissa un petit drain au niveau de l'emplacement de celui-ci.

21 *mai*. — Le surlendemain on enlève le pansement qui n'est pas souillé. Un lavage boriqué fait par le petit drain sort par les fosses nasales en entraînant quelques mucosités et quelques caillots sanguins ; quand la tête est fléchie, le liquide passe dans le pharynx.

22 *mai*. — Le petit drain est enlevé.

2 *juin*. — La malade quitte l'hôpital avec une cicatrisation complète de la plaie cutanée et une disparition de ses douleurs. L'œil est saillant.

M. Toubert. — Je désire simplement, à propos de la discussion ouverte au sujet du traitement chirurgical des sinusites frontales, apporter trois faits personnels, à titre de documents à verser aux débats. Mes observations, ou du moins les deux premières d'entre elles, se rapportent à des *suppurations franchement chroniques, invétérées et récidivées* : ces cas sont, à mon avis, les seuls à considérer dans la discussion actuelle, car les sinusites frontales subaiguës qui durent au delà des limites moyennes et certaines sinusites torpides d'emblée qui traînent en longueur sont généralement très différentes, au point de vue thérapeutique, comme au point de vue anatomo-clinique, des cas que nous devons avoir exclusivement en vue ici, les suppurations véritablement chroniques au sens exact et précis du mot (1).

Obs. I. — En mai 1902, je fus appelé à opérer, dans le service de M. Picqué, à l'asile Sainte-Anne, un homme de quarante-quatre ans, employé de l'asile de Vaucluse, atteint de sinusite frontale gauche récidivée et fistulisée au front, datant de trois à quatre mois, et compliquée d'ethmoïdite. Je n'avais pas, à ce moment-là, connaissance des travaux de Killian, dont la première communication sur ce sujet date du congrès de Manchester de juillet 1902 et dont la première publica-

(1) Mes deux premiers malades avaient également une sinusite maxillaire concomitante : cette coexistence est fréquente. Je passerai sous silence les détails cliniques ou opératoires relatifs à cette complication pour ne point élargir inutilement le cadre du débat. Au surplus, ces observations sont relatées *in extenso* dans les travaux auxquels elles ont servi de point de départ : le premier, en collaboration avec M. Picqué, a paru en février 1903 dans les *Annales des maladies de l'oreille*, etc., et le second en mars 1904, dans les *Archives internationales de laryngologie*, etc.

tion en langue française a paru en septembre 1902. Vous avez pu voir, d'après le fort beau moulage que vous a présenté M. le professeur Berger dans la séance du 9, que l'opération de Killian a pour caractéristiques principales la conservation de l'arcade sourcilière, l'ablation de la paroi antérieure du sinus frontal et la suppression des cellules ethmoïdales séparant ce sinus de l'orbite et du nez, cette sorte d'ethmoïdectomie partielle étant faite d'arrière en avant, de l'orbite vers l'épine frontale : ce dernier temps opératoire, dirai-je entre parenthèses, est d'une exécution plutôt difficile et en tout cas fort lente, si j'en juge d'après mes essais sur le cadavre. Mais si j'ignorais les travaux de Killian, j'avais été frappé par la lecture des nombreux faits de fronto-ethmoïdite purulente colligés dans la thèse alors toute récente de Guisez (mars 1902) et j'avais remarqué que les opérations suivies des meilleurs résultats étaient celles où l'abrasion de l'ethmoïde avait été le plus large; j'en avais tiré la conclusion qu'il y avait lieu, en pareil cas, de s'attacher à faire un *drainage large, très large, aussi large que possible* : cette indication thérapeutique était vraiment capitale, à mon avis, et primait les autres indications chirurgicales, c'est-à-dire l'abrasion de toutes les parois du sinus, sauf bien entendu la paroi postérieure ou cérébrale (c'est ce qu'on a appelé depuis la « sinusectomie totale) et d'autre part, le curettage méticuleux de la muqueuse sinusale que certains chirurgiens poursuivent en tous les coins et recoins comme s'il s'agissait d'un véritable néoplasme. Dans ma pensée, l'idéal était de faire de l'abrasion quasi totale de la masse latérale de l'ethmoïde le temps capital de l'opération; il était en outre indispensable de respecter scrupuleusement la lame criblée, fragile barrière séparant les fosses nasales des méninges, et éventuellement on pouvait même ne pas sacrifier délibérément l'os planum, lame mince et papyracée mais suffisante pour isoler la cavité de l'orbite généralement indemne du labyrinthe ethmoïdal fatalement infecté. En somme, l'ethmoïdectomie ainsi comprise devait être pour les vieilles suppurations fronto-ethmoïdales ce que l'astragalectomie est pour les suppurations articulaires graves du pied, c'est-à-dire une résection de drainage.

Préoccupé d'éviter la zone essentiellement dangereuse, la lame criblée de l'ethmoïde, je voulus aborder l'obstacle en face et je le fis en réséquant temporairement l'os propre du nez du côté gauche et l'apophyse montante du maxillaire supérieur depuis l'orifice osseux piriforme jusqu'au plancher du sinus, facile à repérer par la brèche fistuleuse préexistante : grâce au volet ostéo-cutané, dont la charnière répondait au dos du nez, j'avais presque doublé les dimensions de la voie d'accès vers la profondeur, sans grand délabrement. Une sonde introduite parallèlement à la lame criblée la repérait et protégeait l'endocrâne contre toute échappée. Il me fut facile d'enlever à la grosse curette, en quelques coups rapides, la masse latérale gauche de l'ethmoïde et de nettoyer en outre la cavité du sinus sphénoïdal ainsi rendue aisément accessible. L'hémorragie, fort abondante, ne cessa que lorsque le curettage eut enlevé toute la muqueuse. L'opération avait duré 30 minutes, sutures comprises.

Le malade guérit en un mois, sans autre incident que l'expulsion spontanée d'une esquille lamelliforme. Il guérit à la fois de sa fistule frontale, de la céphalée et des vertiges qui l'accompagnaient et surtout de l'écoulement purulent extraordinairement abondant qui se produisait par les narines dès que la tête était inclinée en avant, ce qui lui avait rendu impossible l'exercice de son métier de fossoyeur.

Obs. II. — En août 1903, un officier des services administratifs de la marine, âgé de trente-deux ans, m'était envoyé au Val-de-Grâce par mon collègue et ami le Dr Claoué (de Bordeaux), pour être opéré d'une sinusite frontale gauche datant d'environ neuf mois, traitée déjà, par un autre spécialiste des plus experts, par la méthode d'Ogston-Luc, cinq mois auparavant, récidivée après quinze jours de guérison apparente et fistulisée à la tête du sourcil.

Encouragé par mon premier cas, je décidai de compléter l'intervention faite antérieurement et suivie d'insuccès par l'ablation de l'ethmoïde gauche et je voulus, pour me donner du jour, commencer l'opération par l'exérèse, c'est-à-dire par la résection non plus temporaire, mais bien définitive de l'os nasal gauche et du segment attenant de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Mais le malade avait une grande crainte d'être défiguré et il tenait essentiellement à ce que l'ablation du squelette fut réduite au strict minimum. Je me contentai donc, à regret et à mon corps défendant, d'ouvrir un carré mesurant 1 centimètre à 1 cent. 1/2 de côté, juste au dessous de l'épine frontale, en respectant par conséquent l'arc osseux de l'orifice piriforme. Cette ouverture laissait passer la sonde repérant la lame criblée et admettait même en plus une petite curette, mais l'ethmoïdectomie fut faite, en somme, surtout par voie frontale et par voie narinale, très largement, grâce à la sécurité que me donnait la sonde repère, mais incomplètement toutefois, car les cellules tout à fait antérieures de l'ethmoïde échappaient fatalement à mes coups de curette. Cette opération fut plus lente que celle relatée dans ma première observation, plus difficile également et enfin la guérison se fit attendre plus longtemps. En effet, il fallut pratiquer, par la voie faciale cette fois, un curettage complémentaire des cellules ethmoïdales antérieures épargnées, pour obtenir la guérison définitive, qui ne fut assurée que deux mois environ après ma première opération.

Je fus néanmoins très satisfait du résultat, et le malade aussi, et j'eus d'autant plus lieu de m'en féliciter que j'appris quelques mois plus tard que la sœur de ce malade, opérée à Paris d'une fronto-ethmoïdite chronique par la méthode d'Ogston-Luc typique, avait succombé à des accidents encéphaliques. Il est logique d'admettre, avec M. Luc, qu'un procédé opératoire qui respecte à coup sûr la lame criblée et qui réalise un drainage extrêmement large par l'ethmoïdectomie quasi totale, doit mieux que tout autre mettre à l'abri des infections endo-craniennes post-opératoires, dans la mesure où celles-ci sont évitables.

Obs. III. — Mon troisième cas peut être plus brièvement rapporté : il n'a, en effet, qu'une minime valeur au point de vue clinique : cette

fois je pratiquai l'ethmoïdectomie à titre palliatif, comme opération de « nettoyage » pourrais-je dire, sur un cachectique porteur d'un néoplasme récidivé de la bouche propagé aux os de la face et du crâne. Le trismus et l'obstruction nasale rendaient impossibles les soins les plus rudimentaires et l'ethmoïdectomie n'avait d'autre prétention que d'ouvrir un passage commode dans les fosses nasales. Je fis l'opération du côté droit, très vite et très aisément à la curette, après résection rapide à la pince-gouge d'un rectangle dont la largeur était celle de l'orifice piriforme à sa base et dont la hauteur était telle que je doublai presque dans le sens vertical les dimensions de ce même orifice, en le prolongeant jusqu'à l'épine du frontal.

La guérison locale se fit fort bien, mais le malade succomba au bout de quelques semaines à la suite des progrès de sa cachexie. Je pus vérifier à l'autopsie que l'ablation de la masse latérale droite de l'ethmoïde avait été totale et que la lame criblée et l'os planum étaient intacts.

Conclusions. — De ces trois faits personnels, je crois pouvoir tirer deux conclusions, visant, l'une la clinique, l'autre la technique opératoire.

Au point de vue clinique, il ne suffit pas d'étiqueter un cas sinusite frontale chronique : il faut s'attacher à préciser les lésions, à dresser un véritable état des lieux, soit avant, soit pendant l'opération, car à des formes anatomo-cliniques différentes, doivent logiquement répondre des traitements différents.

Au point de vue de la technique opératoire, qui est le point de vue spécialement envisagé par M. Luc dans sa fort intéressante communication, il semble que dans les cas, à mon avis nombreux, où la résection de l'ethmoïde est indiquée, les procédés les meilleurs sont ceux qui abordent les obstacles, non plus en les contournant, mais bien conformément aux principes de la chirurgie actuelle, qui est une chirurgie « à ciel ouvert », c'est-à-dire en face et, dans le cas particulier, à travers les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur. On substitue ainsi à une opération intra nasale délicate, difficile, parfois dangereuse, une opération bien réglée, plutôt facile, inoffensive et efficace.

L'idée d'employer cette voie est fort ancienne. Il y a près d'un demi-siècle que Chassaignac, préoccupé de trouver un accès facile dans la profondeur (jusqu'à la voûte du naso-pharynx, puisqu'il visait surtout les polypes naso-pharyngiens), conseillait « l'agrandissement de l'orifice cordiforme du nez par la résection de l'auvent nasal ou par le simple agrandissement latéral de l'orifice cordiforme des fosses nasales » et il ajoutait même que cela « n'entraîne que fort peu de difformité ». (*Traité d'opérations chirurgicales*, 1862, tome II, page 460). Ollier en 1889 a employé pour

tarir une suppuration fronto-nasale rebelle un procédé analogue. En 1890, M. Quénu est allé à travers la face, grâce à la voie frayée par le pus, bien au delà du labyrinthe ethmoïdal, jusque dans le sinus sphénoïdal. Parmi ceux qui depuis ont suivi le même chemin, je citerai (et mon énumération est sans doute incomplète) Rafin en 1897, Taptas en 1900, Jacques, Killian, Luc et moi-même en 1902 et 1903.

A mon avis, peu importe le détail de la technique des procédés inventés et à inventer et qui comportent un temps frontal et un temps ethmoïdal. Ce qu'il faut en retenir avant tout, c'est que *la résection des os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur est la « clef » de l'éthmoïdectomie bien réglée, complète et sans danger*, respectant à la fois l'endocrâne et l'orbite et ménageant même la poulie du grand oblique. Je dois dire que, pour ma part, je donnerai aujourd'hui la préférence à la technique exposée par Moure à propos de l'extirpation des tumeurs de l'ethmoïde à la Société française d'oto-rhino-laryngologie en mai 1902, technique dont Chassaignac avait d'ailleurs, je le répète, indiqué les grands traits. C'est la plus simple, la plus facile, la plus rapide, la plus efficace et j'ajouterai qu'elle satisfait également aux exigences de l'esthétique. La perte de substance osseuse résultant de cette opération ne défigure pas, parce que les téguments, doublés d'un tissu très résistant, passent en pont du dos du nez à l'orbite sans se déprimer. J'ai vu en mai 1904, à la réunion annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, un malade, opéré par M. Lermoyez, d'un cancer de l'ethmoïde, suivant la technique conseillée par Moure, chez qui seule la présence d'une fine cicatrice linéaire permettait de reconnaître le côté opéré.

Pour me résumer, je me crois autorisé à reproduire ici les conclusions auxquelles j'étais arrivé dans le travail sur les sinusites frontales paru à la suite de ma deuxième opération : « En somme, faire ce qu'il faut, tout ce qu'il faut, mais pas plus qu'il ne faut, tel est le secret pour obtenir les plus beaux résultats possibles avec le minimum de frais, ce qui est évidemment l'idéal de la chirurgie spéciale, aussi bien que celui de la chirurgie générale. »

M. Chaput. — La cure des sinusites frontales suppurées présente plusieurs points à considérer.

Il est désirable que l'opération ne laisse après elle aucune cicatrice disgracieuse et aucune dépression anormale ; — les délabrements doivent être limités — le drainage doit être déclive, et surtout très large.

Les procédés dans lesquels on résèque une grande étendue de

la paroi antérieure du sinus frontal donnent lieu à une dépression disgracieuse, qu'on a cherché à pallier par des moyens variés, entre autres par les plaques métalliques de Martin, de Lyon. Ce procédé me paraît devoir être rejeté, parce qu'on ne peut jamais affirmer qu'un corps étranger sera toléré indéfiniment; les malades sont exposés à recevoir des chocs qui deviendront l'origine d'un travail éliminatoire.

Les malades que nous a présentés M. Luc présentaient des cicatrices qui, sans être laides, altéraient sensiblement la physionomie des sujets.

Je pense qu'on doit, *a priori*, rejeter les incisions qui ne se confondent pas avec les plis naturels de la région, de même que le drainage par la surface cutanée.

Le drainage nasal est indispensable, car il est invisible et déclive; il est surtout désirable qu'il soit très large. En effet, un orifice étroit peut se trouver oblitéré par des bourgeons charnus volumineux qui, venus des parois opposées, se rencontrent et se soudent.

Les chirurgiens qui adoptent le drainage nasal recommandent de le faire assez large pour y passer le petit doigt; mais il faut bien savoir que chez les sujets dont le nez est mince, il n'y a pas à la région supérieure des fosses nasales un espace suffisant, en dehors de la cloison, pour admettre le petit doigt; celui-ci ne passera qu'à la condition que la résection atteindra la paroi interne de l'orbite, mais l'espace ainsi obtenu n'est que virtuel, il est destiné à s'oblitérer en partie lorsque les parties molles de l'orbite, refoulées, reprendront leur situation normale.

Le procédé de Kilian qui nous a été exposé par M. Luc et M. Berger me paraît passible de plusieurs objections. D'abord, la ligne d'incision est très étendue et n'est pas cachée dans les plis naturels; en second lieu, la résection étendue de la paroi antérieure du sinus frontal détermine une dépression disgracieuse de la région.

La résection de l'os nasal et de l'apophyse montante préconisée par Kilian me paraît trop étendue et inutile.

Elle est trop étendue, parce qu'elle augmente la dépression des téguments; elle est, de plus, inutile, car il n'y a aucun avantage à pratiquer une tranchée située en avant, loin de la région du sinus frontal. Cette tranchée a d'ailleurs les plus grandes chances de s'oblitérer à cause de son étroitesse, elle est donc inutile.

Si l'on veut détruire les cellules ethmoïdales situées en avant de l'infundibulum, il est facile de le faire par la voie nasale, en allant rejoindre le drainage pratiqué sur la paroi inférieure du sinus.

J'ai imaginé un procédé qui me paraît plus satisfaisant que les autres, et qui est original dans plusieurs de ses temps essentiels; on peut l'appeler : *Procédé ostéoplastique avec ouverture des deux sinus et drainage nasal maximum.*

Les deux idées dominantes de ce procédé consistent : 1° à drainer le sinus malade plus largement que par les autres procédés; 2° à éviter la dépression cutanée et la cicatrice disgracieuse.

Pour drainer largement au niveau de l'étroit espace limité par l'orbite et la cloison nasale, il faut agrandir cet espace en réséquant la cloison nasale — on ouvre alors l'autre sinus qu'on est conduit à drainer parallèlement —, ceci entraîne enfin, dans l'hypothèse d'une methode ostéoplastique, un lambeau osseux comprenant une portion de la paroi antérieure des deux sinus frontaux.

L'*incision cutanée* est en U à concavité supérieure, la partie moyenne de l'U correspond au sillon fronto-nasal, ses deux branches verticales passent au niveau de l'extrémité interne des sourcils; elles suivent le trajet des plis verticaux qui se produisent dans le froncement des sourcils.

L'incision est poussée à fond jusqu'à l'os.

Taille du lambeau ostéoplastique. — J'attaque alors le sinus frontal : 1° le long de la branche horizontale de l'U; 2° au niveau de ses branches verticales, mais en faisant converger en haut les lignes d'attaque osseuse dont les extrémités supérieures se trouvent cachées sous la peau.

Le lambeau osseux resté adhérent à la peau n'est plus retenu que par un pédicule osseux étroit (qu'il est facile de rompre par un mouvement de levier) et par la cloison médiane des sinus qu'il faut sectionner d'un coup de ciseau à froid.

Le lambeau ostéo-cutané est relevé en haut laissant béants les deux sinus frontaux.

Le sinus sain est tamponné pour éviter qu'il soit infecté pendant les manœuvres de curage du sinus malade qu'on exécute aussitôt.

J'effondre alors à la gouge la paroi inférieure des deux sinus que je fais communiquer largement avec la fosse nasale correspondante.

Pour obtenir un drainage encore plus complet, je résèque toute la région inférieure de la cloison sinusale, avec la paroi osseuse qui la supporte et la lame perpendiculaire de l'éthmoïde, sur une hauteur de 2 centimètres environ.

La communication des deux sinus avec les fosses nasales est alors considérable, elle est égale au diamètre transversal de la racine du nez.

Je place alors dans les deux sinus une mèche dont l'extrémité passe dans les fosses nasales; le lambeau osseux est réappliqué et la peau suturée hermétiquement.

J'ai fait deux opérations de ce genre. Dans le premier cas il s'agissait d'un malade atteint de sarcome des fosses nasales propagé au sinus frontal gauche et trépané antérieurement par un de mes collègues. L'opération fut exécutée comme il a été dit plus haut, mais la plaie cutanée resta ouverte à cause de la résection de la peau nécessitée par son envahissement.

Dans le second cas il s'agissait d'un homme de cinquante ans, atteint de sinusite frontale gauche avec fistule à la partie supérieure de l'orbite.

Je fis l'opération décrite plus haut, mais le sinus frontal droit étant rudimentaire je n'eus pas à reséquer la cloison nasale.

Le drainage fut néanmoins très large ; j'y ajoutai la destruction des masses latérales gauches de l'ethmoïde jusqu'à la partie la plus antérieure; cette manœuvre fut exécutée à la gouge par la voie nasale.

La guérison eut lieu sans le moindre incident en huit jours.

On peut faire plusieurs objections à cette méthode :

1° *On peut dire que c'est une faute d'ouvrir le sinus sain.* — Je ne suis pas de cet avis car cette onverture suivie du drainage immédiat est sans inconvénient; en outre, l'ouverture des deux sinus est indispensable pour réaliser le drainage maximum du sinus malade. Ajoutons qu'il n'est pas sans intérêt d'ouvrir le deuxième sinus qui est parfois malade sans qu'on s'en doute et qui est tout au moins prédisposé à l'infection ultérieure,

2° *Le drainage maximum est une mutilation importante et inutile.* Le drainage maximum est très simple à exécuter, il ne provoque aucune déformation faciale et il est loin d'être inutile car toutes les complications des opérations sur les sinus reconnaissent toujours pour cause un drainage insuffisant.

En revanche les avantages du procédé sont considérables : cicatrice peu visible, pas de dépression cutanée, drainage énorme, nettoyage des deux sinus assurant l'avenir, enfin sécurité aussi complète que possible.

Rapport.

Anévrisme poplité. Extirpation. Guérison,
par M. Schmid (de Nice).

Rapport par M. Ch. MONOD.

Mon ancien interne et ami le Dr Schmid (de Nice) nous a adressé une observation d'anévrisme poplité traité et guéri par l'extirpation, sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport. Je saisis l'occasion offerte par la communication de notre collègue Nélaton pour verser ce fait au débat engagé à ce propos.

Il s'agissait, dans le cas de M. Schmid, d'un homme de trente-huit ans, sans antécédents héréditaires, ni syphilitique, ni alcoolique, n'ayant jamais été victime d'aucun traumatisme. Il présentait, d'après M. Schmid, une certaine « tendance à l'artériosclérose », — tendance peu manifeste d'ailleurs, les artères, en effet, étaient souples, et il n'existait point de souffle au cœur ni à l'aorte. Bref, aucune cause générale ou locale capable d'expliquer le développement de l'anévrisme dont le malade était porteur, car je pense, en effet, qu'il ne faut attacher aucune importance au fait que son métier de courtier de commerce l'obligeait à marcher toute la journée dans une ville très accidentée.

Le début du mal remontait à quatre ou cinq ans. Ce fut d'abord des fourmillements et des douleurs vagues dans le pied et la jambe gauches revenant par crises, deux ou trois fois par an. Les crises se rapprochèrent, et bientôt on en eut l'explication : une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, ayant tous les caractères d'un anévrisme, fut découverte à la paroi supérieure du creux poplité. C'était en 1898. En 1899, la marche devint pénible. Au commencement de 1900 (janvier), à la suite d'une douleur subite et particulièrement violente, la jambe se tuméfia, des plaques et des taches rouges apparurent au dos du pied et aux orteils; le malade dut s'aliter. Tout mouvement était impossible. L'anévrisme, toujours très reconnaissable à ses battements faciles à percevoir, avait augmenté de volume.

Au bout de quelque temps de repos, tous ces phénomènes disparurent. Le membre reprit son aspect normal, mais les douleurs et les fourmillements reparaissaient dès que le malade mettait le pied à terre.

Ce fut à cette époque (mars 1900) que le Dr Schmid proposa l'extirpation de l'anévrisme. Elle fut refusée. On tenta la compres-

sion indirecte qui, répétée à deux reprises, et très exactement faite pendant cinq heures consécutives, ne donna aucun résultat.

Le malade se décida alors à se laisser opérer et entra, à cet effet, à la clinique du Dr Schmid (4 avril 1900).

Je laisse ici la parole à notre confrère :

Examen du malade. — La tumeur occupe la région supérieure du creux poplité. Elle reste située au-dessus du pli de flexion de la peau; par contre, elle remonte dans la région postérieure de la cuisse en s'appliquant à la face postérieure du tendon du 3e adducteur plus haut que l'anneau. La tumeur ne franchit donc pas l'anneau, et l'on sent les battements de la fémorale jusqu'à ce niveau. La tumeur a le volume d'une petite orange. Elle est bridée par le tendon du grand adducteur, elle soulève les tendons du demi-tendineux et du demi-membraneux. Elle écarte en dehors le tendon du biceps et fait saillie superficiellement entre ces deux groupes de muscles. La tumeur est animée de battements visibles; on perçoit ceux-ci encore mieux en saisissant la tumeur à pleine main, et on perçoit son expansion de la façon la plus nette.

La tumeur n'est pas facilement réductible; on n'insiste du reste pas sur cette manœuvre que l'on juge imprudente. La compression de la fémorale à la partie moyenne de la cuisse arrête les battements. L'auscultation révèle un souffle rude sur toute l'étendue de la tumeur.

Les mouvements du genou sont intacts. Rien aux poumons.

Bruits du cœur normaux, le second bruit plus éclatant que normalement. Pas de sucre, pas d'albumine.

Opération le 5 avril 1900. Malade en décubitus dorsal; cuisse en rotation externe, abduction, légère flexion; jambe en flexion.

Longue incision partant du plateau tibial et remontant à 20 centimètres, le long du bord interne des muscles demi-tendineux et demi-membraneux. En rétractant la lèvre antérieure en dehors, découverte de la fémorale et ligature dans le canal, immédiatement au-dessus du point d'entrée dans l'anévrisme. Réclinant alors en dehors le tendon du demi-membraneux, on sectionne ses fibres musculaires inférieures qui sont intimement adhérentes et se perdent sur la paroi postérieure de l'anévrisme. La poche ainsi abordée se libère facilement sur sa paroi postérieure, et le nerf sciatique est récliné en arrière avec le biceps. Une couche de tissu fibreux condensé fixe la poche en haut, en dehors et profondément aux tissus avoisinants. La poche est extirpée comme une tumeur, prudemment, en en rasant la paroi. La partie supérieure dégagée, elle est rabattue et détachée de haut en bas des tissus fibreux profonds. On arrive sur la veine poplitée collée à la face profonde de l'anévrisme. Malgré toute l'attention apportée dans les tentatives de dissection, elle est si intimement fusionnée avec le sac qu'elle est blessée. Elle est ligaturée et sectionnée. Dès lors, l'anévrisme se dissèque plus aisément et on atteint son extrémité inférieure sans avoir sectionné d'artère. Ligature au ras du sac de l'artère et de la veine. Le tube élastique est enlevé; quelques vaisseaux sans impor-

tance sont liés. Pas de jet artériel. Drain. Suture de l'aponévrose au catgut; de la peau aux crins. Gros pansement ouaté.

Le pied se réchauffe rapidement.

Le lendemain matin, le pied ayant reposé toute la nuit sur son bord externe, on constate au niveau du talon, de la malléole péronière et

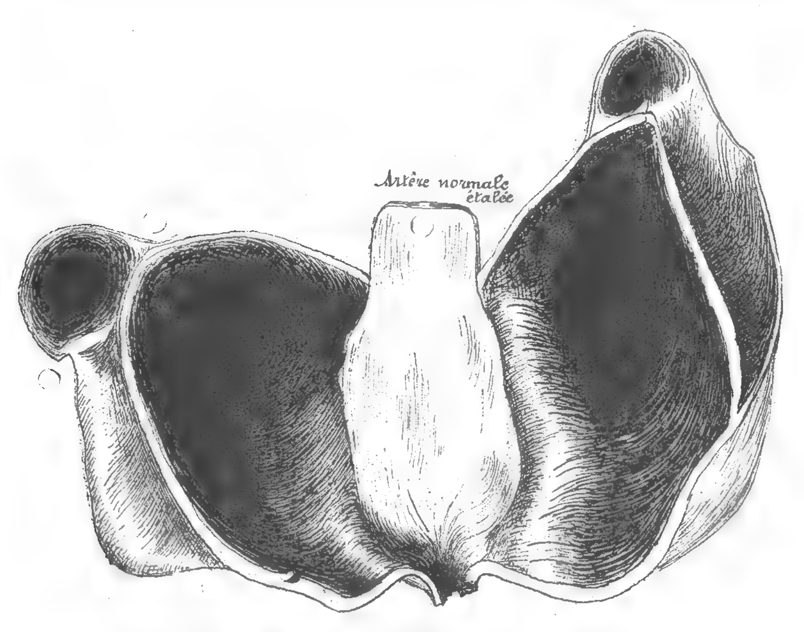


Fig. I. — Anévrisme ouvert suivant un plan parallèle à l'artère et sur la paroi opposée à celle-ci; l'artère elle-même a été ouverte et est figurée en blanc; elle était fermée au fond de la poche et son canal continuait celui de l'artère. Une coupe schématique perpendiculaire à l'artère donnerait le second dessin ci-dessous. (Figure II.)



de l'extrémité postérieure du 5e métatarsien, des plaques livides luisantes, menace de sphacèle. La position du pied fut surveillée et la circulation ne tarda pas à se rétablir; la peau redevint normale.

Le drain fut enlevé au bout de quarante-huit heures.

Les bords de la plaie présentèrent du sphacèle cutané sur une largeur de 1/2 centimètre. On avait remarqué, dès l'enlèvement du tube de constriction, lors de l'opération, que ces bords restaient blancs et exsangues, alors que la peau prenait partout ailleurs une teinte rosée. Ce sphacèle s'élimina rapidement, et la cicatrisation marcha dès lors normalement. Le malade quitta la maison de santé le 7 mai, commençant à marcher sans douleurs et sans fourmillements.

Examen de la pièce. — Avant qu'on incise la pièce, elle se présente comme une masse ovoïde ayant environ 9 centimètres sur 7 centimètres. Elle est formée d'une bosselure principale sur laquelle sont apposées deux bosselures secondaires. La paroi est très mince au niveau de ces dernières et laisse voir par transparence un liquide noirâtre par places, ocreux dans d'autres. L'artère est visible sur la surface profonde, et sa paroi paraît se continuer sur toute son étendue directement avec la paroi du sac. L'artère est liée au ras du sac à la partie inférieure et à 1 centim. 1/2 au-dessus à la partie supérieure. La veine est accolée à la paroi du sac à côté de l'artère, et comme fusionnée en certains points.

En incisant la poche dans le plan de l'artère, mais sur la paroi opposée à celle-ci, on constate d'abord deux petites cavités paraissant indépendantes. Leurs parois sont minces, le contenu est un liquide fluide et noirâtre dans l'une, ocreux dans l'autre, avec quelques concrétions fibrineuses.

En incisant plus profondément, on ouvre la poche principale, beaucoup plus grande, dont les parois épaisses et fibreuses contiennent des dépôts crétacés criant sous le bistouri. Le centre de la poche est occupé par un volumineux caillot de fibrine grisâtre en feuillets stratifiés, adhérent seulement à la partie inférieure de la poche. Tout autour du caillot se trouve une boue athéromateuse ocreuse. On ne constate pas de communication évidente avec l'artère. La paroi de celle-ci, jaunâtre, fait saillie au fond de la poche; elle est fortement dilatée et amincie. En l'incisant toujours dans le même plan, on constate encore mieux cette dilatation dont on ne peut mieux donner d'idée qu'en disant qu'il existait un anévrisme fusiforme dans l'anévrisme sacciforme.

Ce fait intéressant vient s'ajouter à ceux, de plus en plus nombreux, qui tendent à démontrer l'innocuité et les avantages du traitement des anévrismes par l'extirpation.

Personnellement je vous ai présenté en 1900 et 1903 deux observations d'anévrismes poplités opérés de cette façon avec succès. L'un était un anévrisme fusiforme (1). Notre collègue Delbet, qui avait, à ma demande, vu le malade avant l'intervention, redoutait fort une gangrène à la suite de l'ablation, en raison du mouvement d'expansion énorme de la tumeur, de la netteté des pulsations de la pédieuse et de l'absence de toute artère collatérale apparente. Ces phénomènes conduisaient à penser que la circulation se faisait tout entière par l'artère dilatée, et que, celle-ci supprimée, la circulation collatérale ne s'établirait pas assez vite pour assurer la vitalité des parties sous-jacentes. De plus, le malade était très artério-scléreux, autre condition défavorable au retour de la circulation. Et cependant il n'y eut, après l'opération, pas la moindre menace de gangrène.

(1) *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1900, t. XXVI p. 409, 446 et 627.

Dans mon second cas (1), que je vous rappelais dans une de nos dernières séances, l'anévrisme était énorme et il fallut supprimer une grande étendue d'artère; mais il était, de plus, ancien; la circulation collatérale avait eu le temps de s'établir. On pouvait d'avance espérer qu'il n'y aurait pas de gangrène. C'est, en effet, ce qui eut lieu.

Chez le malade de M. Schmid, les circonstances étaient particulièrement favorables. La tumeur était petite et, en outre, haut située, à la partie supérieure du creux poplité, loin par conséquent de la bifurcation de l'artère. Or, comme M. Delbet nous le rappelait récemment, il faut, au point de vue du rétablissement de la circulation, mettre à part les anévrismes poplités tellement rapprochés du tronc tibio-péronier, que l'on est obligé de comprendre dans la ligature inférieure le tronc tibio-péronier et la tibiale antérieure à son origine, — la gangrène étant alors particulièrement à redouter. Elle n'est cependant fatale, comme le faisait remarquer notre collègue, puisque dans un cas de M. Juvarra, dont il avait gardé le souvenir, elle ne se produisit pas, bien que le fil eut été placé sur le tronc tibio-péronier.

Je puis vous citer une autre observation d'anévrisme, opéré dans mon service à Saint-Antoine, pendant ces vacances, par notre collègue M. Arrou, fait qui parle dans le même sens que celui de M. Juvarra. On put voir, au cours de l'opération et après ouverture de la poche, la tibiale antérieure et le tronc tibio-péronier s'ouvrant dans celle-ci; il fallut lier ces deux artères séparément. Et cependant dès le lendemain les orteils étaient chauds, de couleur normale, et la guérison se fit sans encombre.

M. Schmid termine sa communication par quelques réflexions relatives aux causes qui ont pu, chez son malade amener l'ectasie artérielle, à la variété d'anévrisme à laquelle il a eu affaire, aux symptômes observés et enfin au traitement auquel il a jugé bon de recourir.

Sur le premier point — la *cause* de l'ectasie — ses remarques ne pouvaient être que négatives. Nous avons déjà dit, en effet, que toutes les circonstances locales et générales favorisant le développement des anévrismes faisaient ici défaut.

Les *symptômes* n'ont présenté, non plus, rien à relever — sauf cependant ce fait que la tumeur était animée de battements évidents et était le siège d'un souffle très net, bien que la poche principale ne fut plus en communication avec l'artère. M. Schmid explique cette particularité par la forme de la lésion; l'artère,

(1) *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1903, t. XXIX, p. 799.

elle-même ectasiée, battait au contact des caillots contenus dans la poche et leur communiquait ses pulsations — le souffle se produisait dans l'artère dilatée.

Notre confrère discute plus longuement le *traitement* qu'il a appliqué. Il s'attache surtout à montrer pourquoi il a préféré l'extirpation à la ligature; mais cela en s'appuyant sur des considérations bien connues depuis les travaux de notre collègue Delbet, tout récemment mises, ici même, en lumière, et sur lesquelles je n'ai pas à revenir.

Je préfère attirer votre attention sur ce que M. Schmid nous dit de l'*examen de la pièce*, qu'il a eue entre les mains.

Il est d'autant plus important de suivre M. Schmid sur ce terrain que l'on ne peut, il me semble, accepter sans conteste les conclusions formulées par lui, tant au sujet de la variété d'anévrisme qu'il a observée qu'au point de vue de son mode de développement.

Je rappelle que notre confrère incisant, après opération faite, la tumeur suivant son grand axe, ouvrit d'abord une poche à parois minces, contenant un liquide, noirâtre par places, ocreux dans d'autres, et un caillot stratifié, fibrineux, grisâtre; autour du caillot régnait une boue athéromateuse, ocreuse, — tout cela de date certainement ancienne. Il fut, en effet, impossible de découvrir un orifice de communication évident entre la poche et l'artère. Celle-ci occupait la face profonde du sac, avec les parois duquel elle paraissait se continuer directement. Elle faisait une saillie visible au fond de la poche. Elle était elle-même amincie et dilatée en fuseau. La veine était accolée à la paroi du sac, à côté de l'artère, très adhérente par places à l'un et à l'autre.

M. Schmid résume cette disposition en disant qu'il s'agissait dans ce cas d'un *anévrisme fusiforme inclus dans un anévrisme sacciforme.*

Cette variété d'anévrisme appartiendrait, selon lui, au groupe des *anévrismes disséquants.* « Il semblerait », dit-il, « qu'il s'était produit au début une rupture partielle des parois de l'artère, et que le sang s'était infiltré dans la paroi artérielle en la dédoublant » — une partie des tuniques de l'artère formant la paroi du sac, l'autre partie formant paroi de l'artère et séparant celle-ci de la poche anévrismale. L'artère, elle-même amincie, s'était laissée dilater (anévrisme fusiforme inclus dans le sac).

Si l'on adoptait cette manière de voir, la pièce de M. Schmid serait, je crois, unique en son genre. En effet, les anévrismes disséquants, signalés pour la première fois par Maunoir, bien étudiés par Laënnec, n'ont jamais été observés que sur l'aorte thoracique — l'épaisseur des tuniques de l'artère se prêtant, pour ce vaisseau, à leur dédoublement. Le Fort, dans son excellent

article du *Dictionnaire encylopédique* (1) dit qu'il « ne connait pas d'observations d'anévrisme disséquant siégeant sur une artère des membres ou sur les troncs artériels du cou ».

Voilà un premier point qui permet de mettre en doute l'interprétation proposée par M. Schmid pour le fait qu'il a observé.

On s'explique mal, d'autre part, quelle que soit l'élasticité des parois artérielles, que le sac, relativement considérable, accolé à l'artère ait put être exclusivement constitué par les tuniques externes de celles-ci ; mal aussi que l'artère amincie ne se soit pas rompue sous la pression du sang qui le traversait. Or, non seulement cette rupture ne s'est pas produite, mais il n'a pas été possible de trouver trace de la communication qui a existé, à un moment donné, entre l'artère et le sac anévrismal. Il y a lieu de s'en étonner dans l'hypothèse de M. Schmid. Le dédoublement des tuniques artérielles, dans l'anévrisme disséquant, se produit, en effet, lentement, pas à pas, et nécessairement, le point où il s'est amorcé s'agrandit d'abord, avant que se fasse l'infiltration progressive. De fait, dans les anévrismes disséquants, l'orifice de communication avec l'artère est ordinairement large, ou du moins évident. Dans le cas de Laënnec, il y avait même un second orifice, plus bas situé, permettant au sang de rentrer dans l'artère.

Je signale enfin, comme ne cadrant pas avec l'interprétation de M. Schmid, la position occupée par la veine dans son cas. La veine poplitée était restée accolée à l'artère. Or, dans les anévrismes spontanés de la poplitée, il est de règle que la veine, séparée de l'artère soit transportée sur la paroi externe du sac, qui s'interpose entre elles et le vaisseau artériel.

Ces diverses particularités s'expliquent pourtant aisément, si l'on veut bien admettre, comme je le propose, que l'on se soit trouvé ici en présence non d'un anévrisme disséquant, mais d'un *anévrisme circonscrit faux primitif*.

Une petite perforation de l'artère, déjà dilatée, puisque les signes de l'anévrisme étaient déjà perceptibles en 1898, se serait produite en janvier 1900, et aurait coïncidé avec la crise violente constatée à cette époque. Le sang s'échappant au pourtour de l'artère, le sac aurait été formé non par les tuniques externes, mais par le refoulement et la condensation du tissu cellulaire de la région. L'orifice lui-même aurait été oblitéré par suite de formation de caillots dans l'intérieur du sac et aurait pu, plus tard, passer inaperçu.

(1) Le Fort (Léon) Article anévrisme, *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1re série, t. IV, p. 535, Paris 1866.

Le Fort, a lu ici-même, en 1865, un important rapport (1) sur une observation de Gaujot où, à l'oblitération de l'orifice près, les choses se seraient passées de la sorte.

Les faits de ce genre sont toujours du reste d'interprétation difficile. Dans le cas de Gaujot le présentateur avait cru à un *anévrisme mixte externe*; le professeur Richet, examinant à son tour la pièce, concluait à un *anévrisme faux consécutif*. Il fallut l'étude plus complète de Le Fort pour arriver à démontrer qu'il s'agissait en réalité d'un *anévrisme circonscrit faux primitif*.

On comprend donc que, n'ayant pas en main la pièce de M. Schmid et tablant seulement sur la description qu'il nous en donne, je ne puisse que proposer une explication de son fait, mieux fondée, me semble-t-il, que la sienne.

La preuve dans un sens ou dans l'autre aurait pu être fournie par l'examen histologique de la paroi de l'artère d'une part et de celle du sac, d'une autre.

Il est, à ce point de vue, regrettable que cet examen n'ait pas été fait. Peut-être, si M. Schmid a conservé sa pièce, sera-t-il encore possible d'y procéder.

J'ai dit : *à ce point de vue*. Car, en pratique, cette précision anatomique n'a pas grande importance, puisque, dans les deux hypothèses, l'extirpation de la tumeur demeurait la méthode de choix.

L'observation de M. Schmid établit encore que, dans l'incertitude où l'on est souvent sur la nature exacte des lésions, il est préférable, à moins de contre-indications formelles, de toujours pratiquer l'ablation de la tumeur. Dans le cas présent, on comprend que la compression — tentée du reste sans succès — ne pouvait rien donner. Pour ce qui est de la ligature, elle eut pu peut-être agir sur l'ectasie fusiforme, mais n'aurait eu aucune influence sur la poche principale. sans communication avec l'artère — poche qui serait restée en place, exposée à tous les dangers d'une inflammation et d'une suppuration possibles.

M. Schmid a donc bien fait d'avoir recours à l'extirpation et nous ne pouvons que le féliciter du beau succès qu'il a obtenu.

L'observation de M. Schmid ayant été longuement analysée dans mon rapport, certaines parties même ayant été reproduites *in extenso*, je me contente de proposer de déposer son travail dans nos archives et de lui adresser nos remerciements.

(1) Le Fort. *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 527.

Présentations de malades.

Rétraction cicatricielle des doigts corrigée par une autoplastie par la méthode italienne modifiée.

M. Berger. — La jeune fille en question portait aux deux mains des cicatrices résultant de brûlures remontant à la première enfance.

Au côté droit le petit doigt, complètement maintenu dans la flexion par une bride cicatricielle occupant toute sa face palmaire, fut libéré par la dissection de cette bride; la perte des substances ainsi créée fut comblée par un lambeau à l'italienne, emprunté à l'hypocondre opposé.

Quelques mois plus tard, l'autre main, dont la face palmaire était traversée par une longue bride qui maintenait le petit doigt et l'annulaire dans une situation de flexion incomplète, fut l'objet d'une intervention analogue. La peau de la face palmaire dans les 2/3 interne de cette face et les brides ayant été excisées, un grand lambeau emprunté à la peau de la région lombaire opposée fut rapporté sur la perte de substance créée par cette excision; la main fut fixée derrière le dos jusqu'à la section du pédicule. Le résultat actuel est absolument parfait; la peau du dos, plus résistante, se confond avec la peau de la paume de la main et n'en diffère presque pas par sa coloration. La correction de la déformation est complète et le jeu des doigts normal.

Du côté du doigt opéré en premier lieu le lambeau est resté un peu exubérant.

M. Reclus. — J'ai obtenu un résultat semblable à celui que vous présente M. Berger. Il s'agissait d'une perte de substance de la paume de la main, et je pris facilement la peau sur l'abdomen, le résultat fut merveilleux ; dans un cas de perte de substance du doigt, je pris aussi la peau sur l'abdomen, mais, comme chez le deuxième malade que nous présente M. Berger, la peau trop épaisse gênait la flexion du doigt : donc résultat médiocre.

M. Pierre Delbet. — J'ai présenté autrefois un malade auquel j'avais réparé les deux mains y compris les doigts avec des greffes de Thiersch. Je me borne à le rappeler, car les cas justiciables des greffes de Thiersch et ceux qui réclament la méthode italienne sont tout différents.

J'ai eu aussi l'occasion de refaire des mains ou des doigts par des greffes de cette sorte.

Je fais habituellement dans ces cas des lambeaux à deux pédicules en forme de pont. Chacun sait que cela consiste à tailler et à soulever par la dissection un lambeau qui reste largement adhérant par les deux extrémités, et sous lequel on glisse la portion de membre à réparer comme dans une poche.

Cette manière de faire a l'avantage de mettre à l'abri de la gangrène les lambeaux même les plus étendus et aussi de rendre dans bien des cas leur application plus précise, plus étroite.

On pourrait croire qu'elle laisse une plaie d'emprunt plus large plus longue à cicatriser, ce qui serait un grave inconvénient. Mais c'est le contraire qui devient la vérité grâce à l'artifice que j'emploie.

Voici comment je procède.

Après avoir disséqué et soulevé le lambeau, avant d'y glisser la main à réparer, je suture au-dessous de lui les deux lèvres de la plaie d'emprunt. Lorsque le lambeau est très large, on ne peut que rapprocher ces lèvres, ce qui est déjà un grand avantage. Dans bien des cas, on peut les affronter de telle sorte qu'il ne reste aux deux extrémités qu'une petite plaie triangulaire. Si l'on a bien calculé le lambeau, lorsqu'on sectionne son pédicule, on peut le faire de telle sorte que ces petites plaies soient immédiatement comblées. Grâce à cet artifice, la plaie d'emprunt est supprimée ; les deux plaies, celle qu'il s'agissait de réparer et la plaie d'emprunt sont simultanément réparées.

J'ai toujours grand soin de dégraisser complètement le lambeau en le disséquant au ras du derme. C'est une condition que je crois nécessaire pour obtenir des résultats du genre de celui que M. Berger nous présente et qui est magnifique.

M. Peyrot. — J'ai appliqué également la méthode italienne pour combler une large plaie de la paume de la main et des doigts jusqu'au niveau de la première phalange. Dans ce cas j'avais un lambeau relativement très large, et mon résultat a été parfait.

M. Tuffier. — J'ai appliqué également cette méthode à des pertes de substances de la face dorsale de l'avant-bras, en me servant du lambeau abdominal en écharpe, formant un véritable pont sous lequel on passe la main et l'avant-bras. Le résultat a été excellent.

Kyste hydatique du foie réunion en dix jours après incision et injection de formol. Des petites incisions dans les ouvertures de kystes hydatiques.

M. Quénu. — Je présente cette malade de cinquante-neuf ans, chez laquelle la réunion complète s'est effectuée en dix jours non pour le fait lui-même qui est devenu banal, mais à cause d'un détail de technique relatif à l'étendue des incisions. J'estime qu'on peut réduire l'incision des parois abdominales à 4 ou 5 centimètres et qu'il est indiqué de ne sectionner aucun muscle mais de passer entre les plaies, de manière à éviter toute éventration, Je communiquerai l'observation complète dans la prochaine séance.

M. Routier. — J'ai pour habitude de faire toujours très petites les incisions de l'abdomen, aussi bien pour aborder les kystes hydatiques du foie que pour opérer sur le petit bassin. Pour les kystes hydatiques du foie, pour les opérations sur la vésicule, je pratique comme mon ami Quénu une toute petite incision, et j'ai soin de passer entre les faisceaux du droit antérieur que je sépare avec le dos d'une pince à disséquer.

J'estime qu'avec ces petites incisions qu'on peut toujours agrandir, si c'est nécessaire, on évite bien mieux les éventrations consécutives.

Actinomycose de la face. — Traitement et guérison par l'iodure de potassium.

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de dix-huit ans, originaire de Bretagne et qui est entré dans mon service le 26 octobre dernier pour des lésions de la face à droite consistant en abcès multiples avec fines fistules tout cela ayant succédé à une fluxion dentaire par carie d'une grosse molaire supérieure.

A la suite de la fluxion et trois jours après le séjour du malade près d'une batteuse en action pendant une journée se montra une plaque rouge sur la joue droite. Il avait pris l'habitude de se nettoyer les dents avec des brins de paille. La plaque s'étendit peu à peu, deux incisions furent pratiquées par un médecin et devinrent fistuleuses : trois orifices fistuleux se formèrent spontanément dont un spécialement au niveau du rebord orbitaire.

Le malade ne guérissant pas revint à Paris et entra dans mon service le 26 octobre.

Je fus frappé de la teinte spéciale des tissus, rouge violacée sans ulcérations au niveau des fistules, de l'aspect des fistules entourées d'une zone jaunâtre, du décollement étendu sous la peau de la joue et de la région orbitaire. Ce n'était pas la physionomie d'un abcès dentaire ni celle d'une tuberculose, quoiqu'il y eut des antécédents tuberculeux dans la famille.

Le père était mort à vingt-huit ans de tuberculose pulmonaire. Je portai le diagnostic d'actinomycose de la face et prescrivis aussitôt l'iodure de potassium à la dose croissante 2, 3, puis 4 grammes... L'examen du pus a montré des mycéliums très nets ici et là une crosse d'actinomyces, le malade s'est rapidement amélioré et peut-être actuellement (au bout de trois semaines) considéré comme guéri, tout écoulement ayant cessé et les fistules étant complètement fermées.

Luxation récidivante de l'épaule. — Capsulorraphie. — Guérison.

M. MAUCLAIRE présente un malade auquel il a fait une capsulorraphie pour une luxation récidivante de l'épaule. — M. PICQUÉ, rapporteur.

Présentations de pièces.

Luxation du poignet avec fracture du scaphoïde.

M. PIERRE DELBET. — Messieurs, vous vous rappelez peut-être que je vous ai présenté, au mois de juillet, un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme du poignet, présentait des symptômes fort nets de lésion du nerf médian : anesthésie avec douleurs extrêmement vives dans toute la zone innervée par ce nerf à la main et aux doigts.

La déformation du poignet était celle que nous sommes habitués à attribuer aux fractures de l'extrémité inférieure du radius. Mais la radiographie montrait que le radius était intact et que le poignet était luxé en avant. Il existait en outre sur le scaphoïde un trait de fracture qui le séparait en deux moitiés à peu près égales.

Les douleurs étaient terribles et leur intensité me paraissait commander une intervention. C'est au sujet de son opportunité que j'avais consulté la Société de chirurgie. Mes maîtres MM. Kir-

misson et Segond me conseillèrent formellement de mettre le médian à nu. Notre collègue Guinard penchait au contraire vers l'abstention. Il nous disait que dans un cas analogue de sa pratique, il avait trouvé le médian légèrement rosé et que son intervention n'avait eu aucun résultat,

Bien que ce renseignement ne fut pas de nature à m'encourager, je me décidai à intervenir parce qu'il était vraiment impossible de laisser le malade souffrir aussi cruellement sans rien tenter.

Une incision longitudinale me mena sur le médian qui ne présentait aucune lésion apparente. Je crus alors que je ne serais pas plus heureux que mon ami Guinard. Cependant je ne voulais pas borner mon intervention à cette constatation négative, et réclinant les tendons en bloc, j'explorai l'articulation radio-carpienne. La première rangée du corps était luxée en avant et le semi-lunaire faisait une forte saillie du côté palmaire. Il avait entraîné avec lui la moitié du scaphoïde fracturé.

La réduction du déplacement étant impossible, je pris le parti d'enlever le semi-lunaire avec la portion du scaphoïde qui lui était restée attachée. Cette ablation fut assez laborieuse. Je réussis cependant à la faire en totalité et je vous présente le semi-lunaire intact avec la moitié du scaphoïde qui y est encore fixée.

L'ablation faite il devint facile de réduire la luxation, c'est-à-dire de remettre en place ce qui restait de la première rangée du carpe.

La plaie a parfaitement réuni par première intention.

Ce qui est intéressant, c'est que les douleurs ont immédiatement disparu. Le malade, à qui on était obligé de faire chaque jour plusieurs injections de morphine, a cessé d'en réclamer.

J'ai eu de ses nouvelles, il y a quelque temps, c'est-à-dire trois mois après l'opération. Il se sert convenablement de sa main, et il ne lui reste que quelques fourmillements intermittents et légers.

L'intervention n'avait été pratiquée que deux mois après le traumatisme qui avait été d'abord soigné en province; il n'est donc pas surprenant que les fourmillements n'aient pas complètement disparu en trois mois.

Le nerf paraissait intact et il était séparé des os, je l'ai constaté, par deux couches de tendon. Cependant la brusque cessation des douleurs après l'intervention prouve qu'il était bien réellement irrité par le semi-lunaire luxé.

Séro-appendix.

M. E. POTHERAT. — J'ai déjà eu l'occasion de vous présenter, plusieurs cas d'appendices trouvés à l'opération, distendus par un liquide séreux ; en particulier, au cours de l'année 1900 (20 juin et 12 décembre), je vous ai apporté deux exemples de cette variété de lésion. Le liquide séreux, translucide distendait en totalité ou en partie, le tractus appendicnlaire, présentant ainsi deux variétés : une hydropisie enkystée, une hydropisie totale. Je n'avais pu vous présenter ces deux pièces dans leur parfaite intégrité ; j'avais dû ouvrir la poche au cours de l'opération. Cette circonstance avait conduit mon ami M. Walther, à se demander s'il ne s'agissait pas là de péritonites séreuses enkystées para-appendiculaires, ou développées dans un *diverticule de l'appendice* dont il avait lui-même observé plusieurs exemples.

Sans nier la possibilité de ces péritonites séreuses enkystées locales, qu'on observe si souvent autour des foyers inflammatoires intrapéritonéaux ou des hydropysies diverticulaires, j'affirmai que dans mes deux cas, il s'agissait non de cette lésion particulière mais bien et véritablement d'un *hydro* ou *séro-appendix*.

Aujourd'hui je vous apporte une nouvelle pièce ou cette hydropisie intra-appendiculaire est indéniable la pièce étant intacte. On voit nettement la transparence à travers la pièce ; la fluctuation est des plus nette, on voit même le liquide se déplacer ; et on voit flotter dans ce liquide un corps opaque, qui me paraît être une coprolithe. Le *séro-appendix* est donc indéniable, et cette variété anatomique doit être inscrite dans le cadre des lésions d'appendicite.

Le malade, jeune homme de vingt-et-un ans, a été opéré il y a huit jours, il va tout à fait bien aujourd'hui : il n'était malade que depuis cinq semaines environ. Les accidents avaient débuté avec tant de violence et de subicité qu'un médecin appelé, se serait demandé s'il ne se trouvait pas en présence d'un empoisonnement accidentel. Les accidents généraux, fièvre, vomissements, abattement dénutrition rapide furent des plus marqués, et tels que bien souvent on ne les observe pas dans des cas d'une plus grande virulence. C'est au reste, un fait digne de remarque que ces accidents graves se sont montrés dans tous les cas de séro-appendix que j'ai observés, contrairemment à ce que là logique semblerait indiquer. Mais logique et pathologie sont souvent en désaccord ; une collection séreuse devrait s'accompagner d'accidents minimes, or ils ont été très marqués, sinon très graves. Et ces accidents sont bien en rapport avec la lésion du vésiculaire ; car ils cessent promptement après l'ablation de celui-ci.

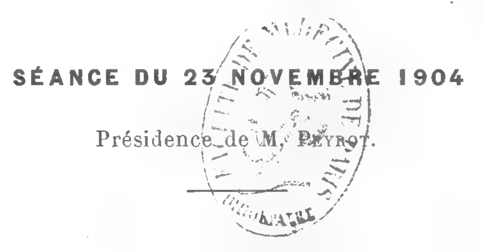
En terminant, je signale une disposition anatomique que j'ai observée chez ce malade, disposition que j'ai d'ailleurs souvent rencontrée au cours d'interventions sur l'appendice. C'est la ptose du côlon ascendant ptose considérable, telle que le côlon, le cæcum restant en place, décrit une grande anse, abdomino-pelvienne au devant de ce cæcum. Cette chute du côlon ascendant a été étudiée par un élève de Tuffier, dans sa thèse inaugurale, le Dr Ducatte. Je crois que cette disposition est congénitale, car on l'observe chez de jeunes sujets aussi bien que chez des adultes; mais il est un détail sur lequel j'insiste, c'est que lorsqu'on observe cette ptose du côlon ascendant, au cours d'une opération d'appendicite, on peut affirmer, par avance, qu'on trouvera un appendice de longueur excessive, anormale.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1904



Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Demoulin dépose sur le bureau de la Société une observation de M. Buscarlet, privat docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris; intitulée : *Tumeur myxo-lipomateuse du périnée (femme). Guérison constatée sept ans après l'intervention.* Renvoyé à une commission; (M. Demoulin, rapporteur).

A l'occasion du procès-verbal.

Note sur le traitement opératoire des kystes hydatiques du foie. Des petites incisions dans l'ouverture des kystes hydatiques du foie.

M. Quénu. — L'attention des chirurgiens, au moins dans notre Société, n'a pas été, quoi qu'en ait dit mon ami M. Routier, attirée sur la possibilité d'opérer aisément les kystes hydatiques du foie à l'aide de très petites incisions de la paroi abdominale, j'entends

par là des incisions de 3 à 4 et 5 centimètres au maximum. Cette étendue de 4 à 5 centimètres s'applique aux plans fibro-musculaires; il importe peu, en effet, que l'incision cutanée ait un ou deux centimètres de plus, cela peut être nécessité par l'épaisseur de la couche sous-cutanée.

Lorsque la méthode de Lindemann Landau, introduite en France surtout par Terrier, Championnière et Richelot, eut détrôné les vieux procédés du trocart et des pâtes caustiques, la formule opératoire se caractérisait par la *large incision* du kyste avec drainage et marsupialisation; il est bien évident que la large incision du kyste comportait au préalable une large incision des parois abdominales. Je ne parle pas seulement des observations ou une extirpation totale ou partielle a été tentée, mais de celles où on s'est contenté d'ouvrir et de fixer le kyste à la plaie : telle en 1885 l'observation de M. Richelot (1) qui au début même de sa communication adopte « l'incision large de la paroi abdominale ».

Le nouveau et très grand progrès apporté par la méthode de Thornton dont nous devons l'introduction en France et la vulgarisation à M. Pierre Delbet ne paraît pas avoir changé les habitudes des chirurgiens à l'égard de la question qui nous occupe. M. Delbet, désireux d'effacer le plus possible la cavité kystique à l'aide du capitonnage, était dans l'obligation d'avoir du jour. En fait, si on se reporte aux observations publiées, on trouve communément une mesure de 10 à 12 centimètres, lorsque l'opérateur a fait mention de la longueur de son incision.

Thèse de Baraduc (2). — Observation XIII, de M. Chaput : incision verticale de 10 à 12centimètres.

Observation XXII, de M. P. Delbet : incision de 10 à 11 centimètres.

Observation XXIV, de M. P. Delbet : incision verticale de 10 à 12 centimètres.

Thèse de Bricet (3). — Observation I. Incision de l'appendice xiphoïde à l'ombilic.

Observation V, de Jonesco, incision médiane sus et sous-ombilicale.

Observation VI, de Jonesco, incision de 12 centimètres.

Je ne relève qu'une observation avec petite incision, c'est celle de M. Kirmisson (4) qui fit chez un enfant avec une incision de 5 à 6 centimètres, une marsupialisation de la poche fibreuse.

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1885, p. 798. Incision de 10 centimètres.

(2) *Thèse* Baraduc, 1898.

(3) *Thèse* de Bricet, 1900.

(4) Kirmisson. *Bulletin de la Société de Chirurgie.*

Les chirurgiens qui ont renoncé au capitonnage (ils sont, je crois, la majorité à l'heure qu'il est) et qui se bornent à la suture du kyste, font eux aussi une incision un peu grande, parce qu'ils ont la préoccupation fort légitime de ne pas laisser dans la poche une petite hydatide.

Cette préoccupation, M. Hartmann l'a exprimée à la Société de Chirurgie (1). Elle est partagée par M. Delbet (2) à tel point, que dans les grands kystes il indique de faire une incision suffisante pour y passer librement la main tout entière. Je pense que M. Routier lui-même a dû se conformer à cette indication, puisque nous dit M. Delbet, il a pu ainsi ouvrir un second kyste dans le premier.

Ultérieurement, les observations de récidives et de greffes d'hydatides dans les cicatrices n'ont pu qu'engager les chirurgiens à persévérer dans la voie des larges ouvertures, car il fallait mettre au premier plan l'évacuation absolue des moindres germes hydatiques.

Je crois encore qu'il est assurément désirable que la cavité soit débarrassée le mieux possible de toutes ses membranes et de ses vésicules; il faut cependant reconnaître que grâce aux injections préalables de formol, la persistance de quelques vésicules n'aurait plus les mêmes inconvénients qu'autrefois; j'ai en effet démontré (3) que des vésicules contenues à l'intérieur d'un kyste hydatique, dans lequel on a laissé séjourner cinq minutes une solution de formol à 1 p. 100 renferment du formol, qu'en d'autres termes la solution de formol a le temps, en quelques minutes, de dialyser à travers les parois de vésicules non ouvertes. Dans les cas où les vésicules filles sont innombrables et minuscules, il est difficile à mon avis de pouvoir affirmer que même avec une large ouverture on n'en laisse pas quelques-unes. L'injection préalable de formol que nous devons à M. Dévé, est donc notre meilleure et seule garantie contre la récidive.

Je crois avoir ainsi démontré que la large incision d'un kyste hydatique n'est ni nécessaire ni suffisante pour en assurer la guérison complète. Nous pourrons par conséquent adopter pour limite d'ouverture celle qui permet simplement d'extraire les membranes des vésicules filles: une ouverture de 4 à 5 centimètres suffit au nettoyage des plus gros kystes.

La petitesse de l'incision a-t-elle des avantages? On ne peut nier que les progrès apportés à la réparation des parois abdo-

(1) 10 janvier 1900.

(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1900.

(3) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1er juillet 1903.

minales nous mettent dans la plupart des cas à l'abri des éventrations; cependant la perfection de cette réparation peut être à la merci d'une intolérance chloroformique. J'ai obtenu une réunion parfaite en dix jours, chez une opérée de kyste hydatique adressée par mon ami le Dr Mathieu, mais les vomissements, post-chloroformiques, et surtout les efforts de vomissements furent tels, qu'il en est résulté une éventration étendue à toute la longueur de l'incision. J'ai opéré cette même malade, deux ans après, pour un kyste de la face convexe, par une incision faite à travers un espace intercostal avec réunion primitive (1).

J'arrive, sur ce petit point de technique opératoire, aux conclusions suivantes : inciser sur le point le plus saillant de la tuméfaction hydatique, en limitant à 4 ou 5 centimètres la boutonnière musculo-aponévrique; le kyste découvert, le ponctionner et l'injecter de formol suivant la technique que j'ai donnée l'an dernier. Ouvrir le kyste, attirer au dehors les lèvres de l'ouverture, extraire la membrane fertile; enlever à l'aide de fragments de gaze stérilisée portés au bout d'une pince les petites vésicules filles, puis suturer le kyste que je fixe volontiers contre la paroi, en cas d'incident. Lorsque l'incision est latérale, il est indiqué, bien entendu, d'écarter les fibres musculaires, et non de les sectionner. C'est une pratique que nous suivons avec Routier et d'autres encore.

J'ai opéré par de très petites incisions trois kystes hydatiques du foie.

Un de la face convexe à travers un espace intercostal. L'observation est dans les *Bulletins* de 1903 (obs. I).

Un kyste multivésiculaire de la face concave chez une femme que je vous ai présentée au dix-huitième jour de son opération, mercredi dernier (obs. II), et enfin un kyste hydatique suppuré de la face concave, chez un enfant de treize ans (obs. III).

Obs. II. — Mme V..., âgée de cinquante-trois ans, nous est adressée le 24 octobre 1904 à l'hôpital Cochin par le Dr Roux. Elle se plaint de digestions pénibles depuis dix-huit mois; quelques vomissements, pas de dégoût spécial, pas d'urticaire, constipation habituelle, sensation de fourmillement dans l'hypocondre droit. Cet hypocondre est voussuré, et on sent au-dessous de lui une tuméfaction rénitente. Frémissement hydatique des plus nets et des plus faciles à percevoir; sa perception est facile à partir du premier espace intercostal. Opération le 29 octobre sous le chloroforme. Incision de 4 à 5 centimètres le long du bord externe du droit. On ouvre la gaine de celui-ci, on passe à travers les fibres

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1903.

musculaires, en les écartant simplement sans les couper. Le kyste mis à nu, on le ponctionne avec un fin trocart; il ne s'écoule d'abord que peu de liquide, 100 grammes environ. Nous injectons alors 50 grammes d'une solution de formol à 1 p. 100, puis nous enfonçons un peu plus le trocart, et il est probable que nous perçons d'autres hydatides, car il s'écoule encore 500 grammes d'un liquide qui, d'abord limpide, se teinte de bile à la fin. Nouvelle injection de 200 grammes de formol, puis évacuation de la solution par le simple abaissement de l'entonnoir (1). Incision de la poche, extraction de deux poches, puis issue d'une quantité d'hydatides de toutes les grosseurs possibles; quelques-uns ont à peine le volume d'un grain de chènevis. Suture complète au catgut de l'ouverture du kyste. Un des points de suture est fixé à la paroi abdominale.

Enlèvement des fils le dixième jour, lever le onzième.

Le poids s'est maintenu à peu près le même : 58 kil. 550 le 25 août; 58 kilogrammes le 15 novembre.

La température a été de 37°1 le soir de l'opération, le lendemain 37°6 matin et soir, puis elle est retombée à 36°6 le matin, 37°2 le soir jusqu'au onzième jour, où elle est restée au-dessous de 36 matin et soir.

A noter, chez cette malade, que ni la multiplicité des hydatides, ni l'écoulement de bile qui a marqué la fin de la ponction n'ont apporté d'obstacle à la réunion primitive.

Obs. III. — Le 6 juin 1904 entre à la salle Boyer un garçon de seize ans, adressé par le Dr de Lagorce (de Puteaux). Ce garçon est chétif, très pâle, d'aspect efféminé. Il travaille comme mécanicien dans une usine d'automobiles. Son père est mort. Sa mère est bien portante. Trois frères ou sœurs sont morts en bas âge. Antécédents personnels sans intérêt. A part des accès répétés de laryngite striduleuse, il a toujours eu une bonne santé. Ses fonctions digestives se font bien, l'appétit est bon. Jamais de diarrhée, jamais de vomissements ni d'urticaire. Aucun dégoût pour les aliments gras. Cet enfant n'a jamais souffert au niveau du foie, ni dans l'épaule. Pas d'amaigrissement, pas de fièvre à aucun moment. Somme toute, pas la moindre réaction fonctionnelle. Voici comment on s'est aperçu que son ventre était tuméfié : Il y a deux mois, à l'atelier, il avait quitté sa veste de travail; sa chemise était ouverte; ses camarades lui demandèrent pourquoi il avait une grosseur sous les côtes du côté droit. En rentrant, il fit appeler le médecin, qui reconnut l'existence d'une tuméfaction fluctuante et porta le diagnostic de kyste hydatique. C'est ce même diagnostic que nous portons à l'hôpital. Les espaces intercostaux sont élargis, la tuméfaction hépatique s'étend jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic. Pas de frémissement hydatique.

(1) Voir technique dans *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1903.

Analyse d'urine.

Urée	25 gr. 22 par litre.
Urée	21 gr. par 24 heures.
Traces d'albumine.	
Pas de sucre.	
Traces d'indican.	
Pas d'urobiline.	

Opération le 10 juin sous le chloroforme.

Incision de 4 cent. 1/2 sur la tuméfaction. Les muscles sont respectés et écartés. Le foie mis à découvert, on le ponctionne et à notre grand étonnement, au lieu de liquide clair, il sort du pus jaune, verdâtre, inodore sans aucun débris de membrane; on en retire 1.075 grammes; nous injectons 200 grammes de formol à 1 p. 100. Le trocart retiré, on suture le pourtour de l'orifice au péritoine pariétal et on place un drain petit dans l'orifice à peine agrandi fait par le trocart. Le 13, suintement insignifiant; le 14, soit quatre jours après la ponction, le drain est retiré. La cicatrisation complète est obtenue à la fin de juin et le malade quitte l'hôpital le 12 juillet.

L'examen microscopique du liquide nous fit voir des crochets et démontra par suite la nature hydatique de la poche.

Analyse d'un liquide purulent, provenant d'un kyste suppuré.

Volume	830 cent. cubes.
Densité	1013
Réaction	alcaline.
Odeur	nulle.
Aspect	laiteux, louche.
Urée	néant.
Acide urique	néant.
Chlorures	6 gr. 31 par litre.
Phosphates	0,187
Sang	néant.
Pigments biliaires	0
Urobiline	0
Indican	0
Cholestérine	0
Matières grasses	1,20 par litre.
Albumine	10 gr. par litre.
Résidu d'évaporation	6,70 par litre.

L'examen microscopique décèle l'existence de crochets.

Voici donc une observation dans laquelle la suppuration d'un kyste hydatique s'accomplit sans déterminer aucun phénomène réactionnel; c'est par hasard que l'on s'aperçut d'une tuméfaction anormale du ventre. Il s'agissait bien d'une véritable suppuration et non d'une simple dégénérescence des parois d'hydatides, car on trouva des microbes en assez grand nombre; les ensemencements

demeurèrent stériles. Eh bien malgré cette suppuration nous avons obtenu presque une réunion primitive, car nous n'avons à travers une ouverture minuscule laissé un drain que quatre jours; nous aurions pu le laisser moins et peut-être tenter une réunion primitive. La poche était cependant assez grande puisqu'elle renfermait plus d'un litre de liquide. Devons-nous au formol cet effacement rapide de la cavité? nous n'en savons rien; ce que nous pouvons au moins affirmer, c'est que dans aucune des observations l'injection de formol n'a nui à la réunion, et que, grâce à elle, il est possible de réduire au minimum la brèche faite à la ceinture abdominale.

La principale objection qu'on pourrait adresser à la technique que nous recommandons, c'est qu'elle ferait méconnaître des kystes hépatiques multiples.

L'objection n'est pas applicable aux hydatides habitant la même poche fibreuse puisque nous avons démontré la pénétration par osmose du formol dans les vésicules. Quant aux kystes multiples à distance une incision même large ne permet pas toujours de les reconnaître s'ils font peu saillie, et si leur saillie est accentuée la non-disparition de la voussure les ferait soupçonner et autoriserait en cas de doute l'agrandissement de la plaie abdominale.

Sur l'extirpation de la rate après traumatisme.

M. Ch. Monod. — Notre collègue M. Demoulin nous laissait entendre, dans son excellent rapport sur l'observation de plaie de la rate que nous a communiquée M. Auvray, que celui-ci avait simplifié le procédé que, après Canniot et Lannelongue (1), nous avons, en 1897, recommandé pour la résection du bord inférieur du thorax (2).

Je me suis demandé en quoi consistait cette simplification. M. Demoulin ne nous le dit pas explicitement. Il se contente de reproduire le passage du travail de M. Auvray, où ce dernier apprécie sa propre manière de faire. « Elle diffère, dit-il, de celle qui a été préconisée par Monod et Vanverts; je l'ai décrite dans

(1) Canniot (E. De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie, *Thèse de Paris*, 1891 et Lannelongue (O.), même sujet, 3e Congrès français de Chirurgie, 1888, p. 358.

(2) Monod (Ch.) et Vanverts (J.). De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, p. 499; et *Traité de Technique opératoire*, Paris, 1902, p. 396.

mon observation, je n'y reviens pas; je répéterai seulement ce que j'ai dit au Congrès français de Chirurgie de 1903, à propos d'un cas de plaie du foie traité par ce procédé; il est d'une exécution plus sûre et plus rapide et permet de ne réséquer que la portion du bord cartilagineux, strictement nécessaire pour opérer sur la rate. »

Dans ce passage, aucun détail technique. Mais M. Auvray nous renvoie à deux sources : sa présente observation et sa communication au Congrès de 1903.

Dans son observation il écrit : « je procède comme je l'ai fait antérieurement pour une plaie du foie et comme j'ai conseillé de le faire pour les plaies haut situées de l'estomac ». C'est à sa communication du Congrès que M. Auvray fait ici allusion. Or, si l'on se reporte à cette dernière, on voit qu'il conclut ainsi : « En somme, je me suis conformé de tout point à la description de l'opération donnée par Monod et Vanverts, sans y rien changer et le résultat est parfait. »

Que devient donc la *simplification* de M. Auvray et en quoi son procédé, « d'exécution plus sûre et plus rapide », diffère-t-il du nôtre?

La réponse est facile, si l'on veut bien admettre que M, Auvray, en 1904, n'avait pas gardé le souvenir précis de ce qu'il avait dit au Congrès. Sa seconde opération n'a pas été en effet, comme il le croit, conduite exactement comme la première.

Dans la première (communication au Congrès) il a suivi pas à pas notre procédé, dont il avait eu soin de vérifier sur le cadavre le bien fondé. La section du gril costal intéressait les 9e et 10e côtes au niveau des 9e et 10e articulations chondro-costales, le 8e cartilage à 1 centimètre en avant de la 8e articulation chondro-costale; il fait enfin sauter le pont cartilagineux qui unit le 8e cartilage costal au 7e pour détacher complètement le volet thoracique. »

Dans la seconde communication à la Société de Cchirurgie, sans s'inquiéter d'une telle précision anatomique, il s'est contenté de couper les cartilages costaux suivant une ligne oblique en haut et en dedans, dont il ne donne pas exactement le tracé, mais qui pour lui, chirurgien et anatomiste — bien renseigné d'ailleurs par ses recherches cadavériques — devait nécessairement passer au-dessous de ce que nous avons appelé le « trajet chirurgical de la plèvre ». Ce procédé est certainement plus *expéditif*, mais est-il *plus sûr?*

Je me permettrai d'ajouter que nous avons, Vanverts et moi, prévu le cas où, les articulations chondro-costales restant invisibles, la section pouvait être faite, sans avoir recours aux points de repère fournis par ces articulations. Mais nous avons eu soin

de donner et de figurer (1) le tracé de cette ligne. L'opération ainsi faite est aussi expéditive que celle de M. Auvray et je la crois plus sûre, parce que plus précise.

Au reste, comme le fait remarquer notre collègue M. Forgue, dans un article sur les plaies de l'estomac publié dans la *Revue de Chirurgie* (2), on est certain, dans la résection du rebord thoracique, de ne pas intéresser la plèvre, à condition que *la section porte exlusivement sur les cartilages, jamais sur les côtes.* On risque il est vrai, ainsi, de faire une section trop basse et ne pas obtenir tout le jour que l'on aurait pu se donner. Si tel était le cas, rien ne serait plus simple, comme nous le disions en 1897 (3), en refoulant avec soin le périoste ou le périchondre profond, d'écarter le cul-de-sac de la plèvre et d'étendre la résection plus haut sans blesser la séreuse.

Voilà ce que je tenais à dire, à propos de la communication de M. Auvray.

Qu'il soit bien entendu, au moins, que ce n'est pas une misérable querelle que je lui cherche. Mon but est autre, et exclusivement scientifique. Avec M. Auvray, dans l'intérêt des chirurgiens qui nous lisent, j'ai le désir de bien établir la façon dont une opération simple d'ailleurs, mais dont quelques-uns pourraient s'effrayer, doit être faite.

Or il ressort de ce qui précède qu'elle peut l'être de deux façons, par le *procédé lent* et par le *procédé rapide.*

Procédé lent. — Ou du moins applicable aux cas où l'on peut aller lentement (kystes, abcès froids). — La section sera pratiquée suivant les points de repère dont nous avons indiqué le siège, pour chaque côte, en nous basant sur le trajet connu de la plèvre.

Procédé rapide. — Applicable aux cas où il importe d'aller vite (plaies ou ruptures du foie et de la rate, plaies haut situées de l'estomac). — La section sera faite, en plein cartilage, aux ciseaux, sans s'inquiéter des articulations chondro-costales, suivant la ligne que nous avons fixée — ligne commençant à la hauteur de la sixième côte, un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du huitième cartilage, et se terminant sur le rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure — ou, plus simplement encore, sans tracer cette ligne, mais en s'attachant pour chaque côte, à ne sectionner que son cartilage à quelque distance de l'articulation chondro-costale, quitte à agrandir la brèche, s'il

(1) Figure 3 du mémoire de la *Revue de Gynécologie* et figure 401 de notre *Traité de Technique opératoire.*

(2) Forgue (E.) et Jeabrau (E.). Des plaies de l'estomac par armes à feu. *Revue de chirurgie*, 1903, t. XXVIII. 2e article, p. 796.

(3) Monod et Vanverts. *Mémoire cité*, p. 516.

y a lieu, après dénudation prudente de la face profonde du gril costal.

En pratique, c'est le procédé rapide qui sera, en général, préféré. Il est, en effet, comme le remarque M Auvray, plus simple et tout aussi sûr, s'il est exécuté prudemment avec les précautions que nous avons dites.

Il n'est, du reste, que juste de reconnaître que c'est l'étude exacte du procédé lent qui a permis aux chirurgiens d'oser le procédé rapide.

C'est à ce dernier que j'ai eu personnellement recours dans un cas où la rapidité d'exécution ne s'imposait cependant pas, chez une malade que je vous ai présentée en 1901 (1), opérée à Saint-Antoine de kystes hydatiques multiples de la face convexe du foie, dont un tellement élevé, qu'il fallut pour l'atteindre réséquer le rebord inférieur du thorax.

Je ne puis, en terminant, que féliciter M. Auvray d'avoir le premier, je crois, pratiqué sur le rebord costal gauche, pour la découverte de la rate l'opération qui avait été exécutée à droite pour aborder plus facilement la face convexe du foie.

Notre collègue Pauchet (d'Amiens) (2), avait, en passant, à propos de deux cas de rupture de la rate qu'il nous a communiqués, émis l'idée « que pour faciliter les manœuvres une résection du rebord costal donnerait un jour appréciable ».

M. Vanverts, dans un important travail sur lequel je vous ai lu un rapport le 19 juillet 1903, mettait en relief tous les avantages de cette pratique; il en posait les indications et en fixait la technique. Il n'avait pas eu encore occasion d'exécuter cette opération sur le vivant. Mais il la recommandait fortement, en rappelant, d'après les recherches de M. Picou (3) que la rate, en situation normale, prenant une position qui se rapproche plus ou moins de l'horizontale, son bord supérieur remontait alors jusqu'à la huitième côte et que son bord inférieur ne dépassait pas la onzième; que, par suite, pour la découvrir, force était de supprimer la portion du squelette thoracique qui la cache.

M. Auvray, ni M. Demoulin n'ayant fait allusion au travail de M. Vanverts, j'ai cru devoir le mentionner ici, au moins pour mémoire.

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1901 p. 111, t. XXVII.

(2) Pauchet (V.) Deux cas de rupture de la rate traités par la splénectomie. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris 1902, t. XXVIII, p. 1279.

(3) Picou (R.). De la situation normale de la rate, par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte *Thèse de Paris*, 1895-1896, n° 571.

M. Moty. — Je voudrais insister sur l'absence temporaire si remarquable d'hémorragie dans la rupture d'un organe aussi vasculaire que la rate et ajouter quelques mots à l'observation que M. Demoulin a bien voulu rappeler dans son rapport si documenté.

Dans cette observation (Société et Congrès de Chirurgie 1881), de rupture de la rate par coup de feu, l'autopsie montra que la surface de section des deux fragments, irrégulière, mais sans fissures et parfaitement étanche, était recouverte d'un mince exsudat fibrineux paraissant en voie d'organisation, ni sang ni pus dans l'abdomen. Bref, cette énorme lésion restée latente de la rate était en voie de guérison; ce qui prouve d'abord que la mort rapide n'est pas une conséquence nécessaire des coups de feu de la rate à courte distance.

En ce qui concerne l'hémastose spontanée de la plaie splénique, il est certain que la capsule n'a joué ici aucun rôle, puisque l'éclatement par coup de feu a pour effet de renverser en dehors les enveloppes des organes éclatés; mais je suis porté à admettre par analogie avec ce qui se passe dans les vaisseaux que le broiement ou l'écrasement du tissu splénique favorise la formation d'un coagulum en nappe, qui, à la faveur de la syncope subséquente peut devenir assez adhérent pour résister à la faible pression sanguine des lacunes rompues. J'ajoute que j'avais affaire à une rate palustre à circulation vraisemblablement diminuée par l'étranglement des vaisseaux au sein du parenchyme induré. Cependant, les observations de MM. Demoulin et Auvray donnent à penser que l'hémostase spontanée n'est pas absolument impossible même en cas d'écrasement d'une rate normale.

Quoiqu'il en soit, la lésion splénique, excessivement grave de mon blessé, ne s'est traduite par aucun symptôme appréciable; il a pu supporter dix jours après sa blessure un transport de trente kilomètres en palanquin annamite, et au moment où il a été enlevé par le choléra, vingt-trois jours après sa blessure, les deux segments de sa rate étaient en voie de cicatrisation.

Traitement des sinusites frontales.

M. Pierre Sebileau. — Je ne veux pas commencer par une discussion d'histoire (1) ma réponse à l'intéressant rapport que vous a lu, dans la dernière séance, le professeur Berger. Je ne puis cependant pas ne pas rappeler ici la phrase suivante qu'écri-

(1) Ce sera l'objet d'une note ultérieure.

vait mon collègue et ami Lermoyez (1) en 1902 : « *Pour les sinusites frontales et maxillaires, nous avons imaginé des méthodes thérapeutiques presque proches de la perfection. Il n'a fallu que vingt ans à la rhinologie pour mettre au point une question que la chirurgie séculaire n'avait pu débrouiller.* »

Or, savez-vous de qui nous vient aujourd'hui la défense du procédé de Killian? De celui-là même dont la méthode, au dire de Lermoyez, touchait il y a trois ans, à la perfection, de Luc lui-même (méthode de Kunht-Luc). Ainsi se venge la « chirurgie séculaire », laquelle avait, du reste, à peu de chose près, cela soit dit sans nier les progrès dont l'honneur revient à la rhinologie, imaginé tous les procédés opératoires que nous mettons en œuvre aujourd'hui contre la sinusite frontale, mais qui, dans sa méconnaissance des pratiques antiseptiques, n'en avait retiré, il est vrai, que d'assez piètres résultats.

Ces procédés forment trois catégories : les premiers, qu'on peut appeler *procédés simples*, ne s'adressent qu'aux sinus frontaux et aux cellules ethmoïdales qui bordent le tube d'échappement de ceux-là, le canal infundibulaire; les seconds, qu'on peut appeler *procédés mixtes*, s'attaquent, en même temps qu'aux sinus frontaux, à tout le labyrinthe ethmoïdal; les troisièmes, enfin, les *procédés composés*, visent la destruction de toutes les cavités aériennes de la face et embrassent la cure simultanée des pansinusites.

Sans souci du passé, je vais simplement, dans ce qui va suivre, donner à chacun de ces procédés le nom que nous avons accoutumé de lui donner aujourd'hui dans la spécialité : celui du contemporain qui l'a imaginé, perfectionné ou défendu.

Les *procédés simples* comprennent la seule trépanation fronto-sinusale. Trois opérations la réalisent : 1° l'opération d'Ogston-Luc; 2° l'opération de Kunht; 3° l'opération de Tilley, ordinairement appelée opération de Kunht-Luc (2) ou de Kunht-Ogston.

L'opération d'Ogston et l'opération de Kunht diffèrent essentiellement l'une de l'autre. La première trépane parcimonieusement la paroi antérieure du sinus frontal, détruit, du mieux qu'elle peut, les lésions de celui-ci et élargit le canal fronto-nasal par effraction des cellules juxta-infundibulaires; elle conserve donc la cavité sinusale et la draine par le nez. La seconde résèque toute la paroi antérieure du sinus frontal, y compris l'arcade

(1) Marcel Lermoyez. Indications et résultats du traitement des sinusites maxillaires et frontales, in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, novembre 1902, n° 11, p. 389.

(2) H. Luc. La méthode de Killian pour la cure radicale de l'empyème frontal chronique, in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, décembre 1902, n° 12, p. 497.

orbitaire, fait la toilette de celui-ci, et, ayant simplement curetté le canal fronto-nasal, applique la peau sur la paroi profonde de la cavité. Elle supprime donc cette cavité sinusale et, de ce fait, prétend rendre tout drainage nasal inutile. Un simple tube de sûreté, placé temporairement dans l'angle interne de la plaie frontale, préserve le malade des accidents éventuels de rétention.

L'opération de Tilley est la combinaison des deux précédentes; elle supprime la cavité sinusale par exérèse pariétale antérieure totale, mais en draine les vestiges par effraction, aux dépens de l'ethmoïde antérieur, du canal infundibulaire. C'est, comme nous disons, la combinaison du Kunht avec l'Ogston-Luc.

Les *procédés mixtes* comprennent : la trépanation fronto-sinusale prolongée de Taptas; la trépanation orbito-sinusale prolongée de Jacques; la trépanation fronto-orbito-sinusale prolongée de Killian. Quand je dis « prolongée », j'entends « prolongée vers les cellules ethmoïdales ».

Taptas (1), après avoir réséqué la paroi frontale du sinus jusqu'à son pied, prolonge la brèche jusque dans la cavité nasale par résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, formant ainsi une sorte de gouttière ouverte en avant, qui s'étend du sinus au nez, et permet la destruction de la masse ethmoïdale.

Jacques, de Nancy (2), ayant, comme Jansen, réséqué le plancher orbitaire du sinus, procède au curettage de la cavité sinusale et, s'ouvrant une baie dans la branche montante et l'apophyse nasale du frontal, attaque le labyrinthe ethmoïdal dont il étend, autant que de besoin, la résection.

Gustave Killian (3) après avoir tiré droit, le long du sourcil, une incision qui décrit ensuite une « courbe gracieuse le long de la racine du nez », résèque la paroi antérieure du sinus, fait la toilette de sa cavité, engruge le plancher (paroi orbitaire), trépane l'apophyse montante, puis résèque les cellules ethmoïdales antérieures et moyennes, ainsi que le cornet moyen.

L'opération de Killian diffère par deux points de l'opération de Taptas : celle-ci ne comporte pas de trépanation orbitaire; puis,

(1) Taptas. Mon procédé pour la cure radicale de la sinusite frontale, in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, septembre 1904, n° 9, p. 272.

(2) Jacques et Durand. Du procédé de choix pour la cure radicale de la sinusite fronto-ethmoïdale chronique, in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, août 1903, n° 8, p. 129.

(3) Gustave Killian. Description abrégée de mon opération radicale sur le sinus frontal, in *Annales des maladies des oreilles, du larynx, du nez et du pharynx*, septembre 1902, n° 9, p. 205.

la brèche creusée par Taptas, entre la fosse nasale et le sinus, est continue, tandis que celle de Killian est interrompue par un pont osseux conservé au niveau de la suture fronto-maxillaire.

Des *procédés complexes* je ne dirai rien aujourd'hui, puisqu'ils s'appliquent, en fait, non plus au traitement de la fronto-ethmoïdite mais bien à celui des pansimisites. Ils touchent à la question des larges voies d'accès dans les fosses nasales, sur laquelle je reviendrai une autre fois, et se résument momentanément, je crois, dans l'opération de Picqué et Toubert (1) dérivée de plusieurs procédés anciens que les auteurs ont coordonnés en une technique d'ensemble.

Tels sont les procédés opératoires. Au total, on voit qu'ils ont une tendance commune : détruire tout ou partie de l'ethmoïde, après avoir assuré l'ouverture et le curettage du sinus frontal. Cet ethmoïde, ceux-ci l'attaquent par en haut (voie frontale); ceux-là par dedans (voie orbitaire); ces derniers, enfin, par devant (voie para-nasale, para-maxillaire).

Eh bien! quel jugement peut-on aujourd'hui, porter sur toutes ces opérations?

Il convient, tout d'abord, d'établir un premier point : c'est, comme le disait très judicieusement notre collègue Toubert (2), dans la dernière séance, qu'il ne saurait être question, dans cette discussion, que de sinusites frontales chroniques, de ces sinusites qui, de quelque cause qu'elles relèvent, s'accompagnent de modifications profondes de la muqueuse, laquelle s'hyperplasie, végète superficiellement en bourgeons volumineux, et se couvre de productions polypoïdes, tandis qu'elle subit profondément, contre le périoste, la transformation conjonctive et scléreuse. Celles-là seules, parmi les sinusites suppurées, sont justiciables du traitement chirurgical, dont la cavité est tapissée de fongosités. Et ces lésions n'existent, la plupart du temps, qu'au moment où déjà la sinusite est une vieille sinusite.

Les suppurations aiguës du sinus frontal, même quand elles affectent une forme un peu traînante, évoluent naturellement vers la guérison; elles se drainent bien, sous l'action simple de la pesanteur, par le canal infundibulaire, et, à moins que quelque lésion ancienne de ce canal ou du méat moyen, dans lequel il débouche,

(1) L. Picqué et Toubert. De la meilleure voie d'accès vers les cavités annexes des fosses nasales pour le traitement de leurs suppurations rebelles et étendues, in *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, févr 1903, n° 2, p. 119.

(2) Toubert, Discussion sur le rapport de M. Berger. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 22 nov. 1904, n° 34. p. 930.

n'ait préparé la rétention, on peut dire que l'évacuation du pus est facile et que la source s'en tarit souvent, pour peu que l'y aide un traitement local anodin. Depuis qu'ils ont pris le bistouri, les rhinologistes ont eu, quelquefois, la main un peu preste. Dans l'exubérance de cette « rhino-chirurgie systématique » (1), il leur est certainement arrivé de trépaner des sinus dont l'infection récente n'était pas justiciable de l'acte opératoire; et si je le rappelle ici, c'est non pas pour dresser un procès, mais seulement pour qu'on ne soit pas tenté d'imputer à telle technique opératoire le bénéfice de la cure d'une sinusite qui aurait guéri peut-être spontanément. Il faut rayer des statistiques tous ces cas suspects qui ne ressortissent pas aux vieilles sinusites.

Eh bien! de même que l'altération végétante de la muqueuse, de même que la fongosité est la caractéristique de toutes ces infections sinusales passées à l'état chronique, de même la destruction intégrale de la fongosité est l'indispensable condition de la cure chirurgicale de ces sinusites. Il ne suffit pas d'ouvrir ces réservoirs de pus; il faut encore en rendre les parois stériles, c'est-à-dire en raser la muqueuse bourgeonnante. A mon sens, tout le secret de la guérison des sinusites est là, et pas ailleurs.

Or ici, à intensité égale de lésions, ce problème de la destruction nécessaire des fongosités se présente, suivant les cas, avec des données tout à fait différentes, et ces données reposent sur deux conditions que voici : disposition anatomique variable du sinus frontal et la manière d'être variable du labyrinthe ethmoïdal dont la région antérieure est traversée par le canal infundibulaire.

Pour ce qui concerne le premier point, comment, en effet, pourrait-on comparer ces petits sinus frontaux dont les dimensions sont si réduites qu'ils « logeraient à peine un gros pois » et qui se dissimulent si bien, dans l'angle supéro-interne de l'orbite, derrière le bord postérieur de la branche montante, que Sieur et Jacob (2), au début de leurs recherches anatomiques, passèrent à côté sans les voir, comment, dis-je, pourrait-on comparer ces petites cavités frontales avec ces grands sinus qui, en hauteur, atteignent ou dépassent les bosses frontales, s'étendent, en largeur, de la ligne médiane à l'apophyse orbitaire externe, présentent 3 centimètres de diamètre antérieur à leur base, et vont même jusqu'à dédoubler la paroi orbitaire supérieure pour s'y prolonger, d'avant en arrière, en un profond recessus, avec ces sinus, enfin, dont les parois se hérissent de cloisons et dont le

(1) Marcel Lermoyez. De la guérison de l'empyème vrai du sinus maxillaire. in *Annales des mal. du larynx, du nez et des oreilles*, janvier 1904, n° 1, p. 7.

(2) Sieur et Jacob. *Recherches anatomiques et cliniques sur les fosses nasales et leurs sinus*, p. 387, chez Ruef. Paris, 1901.

creux se divise en logettes, tandis qu'en bas des cellules ethmoïdales y bombent en bulles plus ou moins saillantes?

Une simple petite brèche creusée sur la table antérieure du frontal, juste au niveau de l'angle supéro-interne de l'ortite, assure la béance totale des petits sinus, en découvre la cavité entière et permet d'en explorer toute les faces; il faut aux grands sinus une trépanation large, étendue, qui permette d'en fouiller tous les coins et d'en ouvrir toutes les anfractuosités.

Pour ce qui concerne le second point, il saute aux yeux que ces deux malades ne sont nullement égaux devant le pronostic, dont l'un présente, à côté d'un canal infundibulaire plus ou moins altéré, fongueux, rétréci, un ethmoïde épargné par l'infection ou frappé seulement dans ses cellules juxta-unguéales et péri-infundibulaires, tandis que l'autre est atteint d'une infection diffuse qui peut, des cellules moyennes, s'étendre jusqu'à celles du groupe postérieur pré-sphénoïdal. Là, le simple curettage fronto-canaliculaire sera suffisant; ici, il faudra effrondrer la tête du labyrinthe; quelquefois, même, la destruction totale ou pseudo-totale de l'ethmoïde s'imposera comme une mesure nécessaire.

Il semble qu'ainsi posé le problème se réduise à une conception très simple. Si, en effet, il y a petit et grand sinus, il ne reste, comme le disait, à l'une de nos précédentes séances, mon maître, le professeur Terrier, qu'à proportionner l'étendue de la trépanation à celle de la cavité, et à se conformer à cette règle de chirurgie générale qui commande de suivre les lésions jusqu'à ce qu'on en ait atteint la limite; mais, pour ce qui concerne la participation éventuelle des cellules ethmoïdales au processus d'infection, nous n'avons rien qui, au cours de l'ouverture du sinus par la voie frontale, nous renseigne sur leur manière d'être, et rien qui, avant l'opération, nous autorise à les considérer, ou non, comme atteintes.

Certes, comme le fait observer L. Grunwaldt (de Munich) (1) la suppuration des cellules ethmoïdales est certaine quand le stylet rencontre « un os dénudé ou carié », « ou dénote la présence de fragments nécrosés, détachés et ramollis », probable lorsqu'on découvre, par la rhinoscopie antérieure, une dégénérescence polypoïde du cornet moyen, particulièrement de la concavité de celui-ci. Mais ni le catarrhe rétro-nasal, ni la réapparition rapide du pus dans l'espace compris entre le cornet moyen et la cloison après nettoyage préalable, ni le caractère fétide de la suppuration, ni

(1) L. Grunwaldt. Etiologie et diagnostic des suppurations ethmoidales et frontales in *Ann. des malad. de l'oreille, du larynx, du nez, du pharynx*, sept. 1902, nº 9, p. 210.

le gonflement d'origine irritative du pourtour du tubercule de la cloison, malgré l'importance relative que leur accorde L. Grunwaldt, n'ont, en clinique courante, une signification diagnostique suffisante pour nous faire admettre quand ils existent, ou pour nous faire nier, quand ils manquent, la participation du labyrinthe ethmoïdal au processus d'infection chronique.

C'est précisément ce doute qui, en définitive, subsiste toujours sur l'état des cellules du méat supérieur et des cellules du méat moyen, c'est ce doute qui a poussé Killian à la recherche et à la destruction systématique du labyrinthe ethmoïdal, et il faut bien convenir que son radicalisme, comme tous les radicalismes, a quelque chose de bon; largement exécuté, son procédé doit mettre à coup sûr le malade à l'abri des suppurations récidivantes, et, à ce titre, il me plaît. Mais il faut bien convenir que l'appliquer, de parti pris, à tous les cas de sinusite frontale, constitue une complication opératoire souvent inutile, puisque l'expérience nous apprend qu'un très grand nombre de malades guérissent par la trépanation large du sinus frontal suivie de la seule destruction du groupe cellulaire ethmoïdal antérieur par élargissement du canal infundibulaire.

En fait, Killian, dont le procédé, comme le fait très judicieusement remarquer Luc (1), est moins une opération originale que l'heureuse association de plusieurs autres, poursuit trois objectifs : 1° Celui d'éviter la défiguration marquée qu'engendre l'opération de Kunht; 2° celui de supprimer la cavité sinusale; 3° celui de détruire, comme je le disais plus haut, l'ethmoïde éventuellement malade.

Examinons chacun de ces points.

Il n'est pas douteux que la destruction de l'arcade orbitaire, par laquelle Kunht termine la résection totale de la paroi sinusale superficielle pour permettre l'application des téguments sur la paroi profonde, détermine un enfoncement disgracieux du front; celui-ci devient plat et fuyant du côté opéré; l'asymétrie cranienne antérieure est choquante et la plastique faciale souffre grandement de cette mutilation. Aussi mon opinion est-elle que l'exérèse du rebord orbitaire ne doit être qu'une mesure de nécessité. Elle ne pourrait se justifier, comme mesure courante, que par l'impossibilité d'obtenir, autrement qu'en ayant recours à elle, la cure radicale de la sinusite frontale, et cette impossibilité n'existe pas. Deux fois, seulement, j'ai été conduit à supprimer une partie de cet encadrement orbitaire supérieur; il s'était spontanément séquestré.

(1) *Loco citato*, p. 504.

Mais quand on ne résèque pas l'arcade orbitaire, on manque, évidemment, le but de l'opération de Kunht; les téguments, éloignés de la paroi sinusale profonde par l'arc osseux qui les sous-tend, ne peuvent pas s'appliquer sur elle; il n'y a donc pas, il ne peut pas y avoir suppression de la cavité sinusale, et c'est précisément parce qu'il considère cette suppression comme une condition *sine quâ non* de guérison, que Killian pratique, comme complément de la trépanation frontale, la trépanation orbitaire. Il estime qu'à la faveur de cette vaste brèche du plancher sinusal, la graisse orbitaire doit remonter vers l'ancienne cavité du sinus et combler l'espace mort. Je ne sais ce qu'il y a de vrai dans cette interprétation, ni dans quelle mesure l'expérience en a démontré la réalité; Luc, Jacques, Lombard (1), observateurs clairvoyants, y croient cependant, tout comme Killian. Je n'ai aucun fait à leur opposer. Je me demande seulement de quelle manière cette sorte d'ectopie artificielle du tissu cellulaire de l'orbite peut tomber sous nos sens.

C'est qu'ici, précisément, se pose une question préalable. La disparition, ou bien le remplissage de la cavité sinusale, sont-ils la condition nécessaire de la guérison frontale? Est-il impossible qu'il reste, là où était, avant la résection de la table antérieure, la cavité du sinus, un espace mort dont le comblement ne soit pas une nécessité? A mon avis, non.

Je suis même tellement convaincu de cela qu'aujourd'hui, après la simple trépanation frontale, que je ne fais jamais suivre de la trépanation orbitaire, je ne m'applique nullement à comprimer les téguments pour les plaquer sur le fond osseux, comme je le faisais autrefois. Que se passe-t-il anatomiquement dans ce vestige de la cavité sinusale, dans cet espace vide que, tout d'abord, rien autre chose ne vient remplir que l'exsudat séro-hématique qui dégoutte de la surface cruente de l'os et trouve, du reste, un libre écoulement vers la narine par la brèche infundibulaire? Je ne sais, mais ce qu'il y a de certain, c'est que, dans cette cavité, il ne se produit nulle infection, quoique je ne draine jamais, et que l'enfoncement des téguments y est réduit à de très petites proportions, même dans les cas de grands sinus, si bien que — question de cicatrice mise à part — la défiguration est vraiment minime.

Je vous présente, à cet égard, un malade que j'ai opéré, il y a trois ans, d'une sinusite fronto-maxillaire à droite, et, il y a deux mois environ, d'une sinusite fronto-maxillaire à gauche. C'est un homme grand et fort, dont les sinus étaient larges, hauts et pro-

(1) *Lombard*. Communication orale.

fonds. N'était la ligne cicatricielle, il serait, n'est-il pas vrai, impossible de supposer que l'on a pratiqué sur ce sujet la résection totale de la paroi sinusale antérieure. Le front, en effet, bombe d'une manière presque normale. Je répète que je respecte toujours l'encadrement orbitaire.

Au reste, les quelques résultats satisfaisants obtenus, jusqu'à ce jour, par les interventions bio-cosmétiques sur le sinus frontal (résections temporaires et ostéosplasties) confirment pleinement cette manière de voir. Non seulement ces opérations ne comportent pas la suppression de la cavité sinusale, mais celle-ci conserve, au contraire, l'irréductible béance que lui assure la rigidité de ses parois osseuses. Certes, il n'est pas encore possible de porter un jugement définitif sur ces procédés ; quelques observations sont un peu anciennes et sont insuffisamment documentées (Brieger, Kocher, Schoenborn) ; d'autres sont trop récentes ou bien ont trait à des malades qui n'ont pas été suivis assez longtemps. Mais les faits de Czerny, d'Hajek, de Golovine relatés dans un récent et bon travail de Richard Hoffmann (1) (de Dresde), et ceux que ce dernier a lui-même observés, montrent que le remplissage ou la suppression de la cavité sinusale ne sont nullement des conditions *sine quibus non* de la guérison des infections anciennes du sinus. Ainsi paraît tomber ou, pour le moins, chanceler, la conception sur laquelle Kuhnt avait édifié son opération de résection pariéto-antérieure totale, et Killian sa trépanation orbito-sinusale.

Le troisième argument sur lequel Luc appuie son plaidoyer pour l'opération de Killian est l'assurance qu'elle donne, par la destruction totale de l'ethmoïde, contre les récidives de l'infection.

D'accord. Dans l'ignorance où nous sommes, la plupart du temps, de l'état du labyrinthe, faut-il donc toujours faire comme s'il était toujours malade? A cela l'expérience seule peut répondre ; c'est une affaire de statistique. Eh bien ! je n'ai jamais fait autre chose que la trépanation frontale suivie d'une copieuse destruction de l'infundibulum et des cellules péri-infundibulaires, et je n'ai pas encore observé un seul cas de récidive (2). Mon ami Chaput vient précisément de me dire que le malade opéré par moi, auquel il a fait allusion dans la dernière séance, était atteint, non pas d'une suppuration, mais bien d'un néoplasme du sinus frontal ; il n'est

(1) Richard Hoffmann. Sur les interventions osteoplastiques dans les suppurations chroniques du sinus frontal, in *Ann. des mal. de l'or., du larynx et du nez*, nov., 1904, n° 11, p. 148.

(2) Un de mes premiers patients a présenté, près de deux ans après l'opération, un petit abcès de l'angle interne de la plaie frontale. Quelques fongosités s'étaient développées dans un étroit recessus oublié du sinus ; un coup de curette a suffi.

donc pas étonnant qu'il soit en état de récidive. Certes, il est des malades d'hôpital que j'ai perdus de vue; je m'efforce en ce moment de les retrouver. En tout cas, j'ai suivi jusqu'à ce jour tous les opérés de ma clientèle privée et, je le répète, ils sont tous parfaitement guéris. Ils le resteront, sans doute, car je ne parle ici que de ceux dont la cure remonte à plus d'un an.

On comprendra que, dans de telles conditions, je ne songe pas à recourir à l'opération de Killian, puisque le seul avantage qu'elle confère aux malades est de les préserver, à coup sûr, d'une récidive éventuelle que jusqu'à ce jour, je n'ai jamais vue survenir.

Ma manière de faire n'a pas changé. J'en suis toujours à mon premier procédé : résection de la paroi sinuso-frontale antérieure suivie de l'effraction du canal naso-frontal.

Cette résection est large ou étroite suivant les cas; cela dépend de l'anatomie du sinus et de la distribution des fongosités. Il n'y a aucune raison pour trépaner systématiquement d'une manière parcimonieuse ou prodigue. Proprement, il n'y a pas et il ne peut pas y avoir ici de procédés; il faut suivre les lésions, comme cela est la règle en chirurgie, et se donner du jour suivant les besoins. Il n'y a qu'un but, mais il est précis : détruire toutes les fongosités, mettre l'os à nu, le blanchir.

L'effraction du canal naso-frontal est facile à réaliser. Je me sers, à cet effet, des curettes gynécologiques de Sims et de Simon. Ces dernières sont très commodes. J'ai fait donner aux manches des unes et des autres des courbures variées, ce qui simplifie beaucoup le manuel opératoire. Sur certains malades, il est impossible, sur d'autres il est difficile d'introduire une curette rectiligne dans le canal infundibulaire. D'autre part, le patient étant couché, l'opérateur placé au-dessus de la tête de celui-ci tend toujours à diriger la curette de haut en bas, c'est-à-dire du sinus frontal vers la protubérance occipitale, ce qui est une faute grave. Au lieu de détruire alors l'ethmoïde antérieur, on pénètre dans la portion supérieure et postérieure du labyrinthe et l'on met en danger la lame criblée. Je suis convaincu qu'un certain nombre des accidents méningitiques qu'on a observés à la suite de cette opération ne reconnaissent pas d'autre cause. Mes curettes, je le répète, rendent la manœuvre simple et vraiment inoffensive.

Je ne place aucun drain dans cette brèche infundibulaire, entre le sinus et le nez, et je n'ai jamais pu comprendre pourquoi des opérateurs en plaçaient un. Golovine et Hajek l'y laissent même séjourner six semaines; pour ce, ils le fixent à la peau du front.

Voyez, sur les deux pièces anatomiques que j'ai préparées et sur lesquelles j'ai simplement répété l'opération telle que je viens de

la décrire, ce que devient le canal naso-frontal après cette opération ; ce n'est plus un canal; c'est une vaste et large perte de substance, ouverte entre le sinus et le nez. Que peut bien faire un drain là dedans, si ce n'est porter au premier l'infection puissée dans le second, obturer ce qu'il a précisément pour but d'élargir et retenir ce que, précisément, il doit évacuer? Luc (1), grand partisan du drainage fronto-nasal, a dû reconnaître qu'il était un leurre.

Sur la surface cruente du sinus et du canal infundibulaire, je ne fais nul badigeonnage prétendument antiseptique (iode, chlorure de zinc, etc.). Cela est, à mon sens, tout à fait inutile. Une bonne asepsie, difficile, il est vrai, à réaliser sur la face, est ici, comme en tout, ma pratique ordinaire.

On a reproché à cette trépanation fronto-sinusale sans résection de l'arcade orbitaire (2) d'exposer les opérés au phlegmon du cuir chevelu, à la sinusite frontale du côté opposé et aux complications méningées. Les deux premiers accidents ne peuvent évidemment provenir que d'une insuffisance de curettage, de drainage, ou de propreté, à supposer saines, bien entendu, les cellules postérieures du labyrinthe. Quant aux méningites, je ne comprends nullement pourquoi, en dehors de toute complication d'ordre purement opératoire ou technique, elles seraient plus à craindre après cette opération qu'après l'opération de Kuhnt ou de Killian, et les raisons que j'en ai lues m'ont paru des fictions.

Enfin Luc (3) reproche à la propre méthode qui porte son nom de ne pas atteindre les cellules ethmoïdales les plus antérieures; celles qui bordent le canal fronto-nasal; elles échapperaient presque infailliblement aux manœuvres de curettage. C'est encore là, me semble-t-il, une affaire de technique, et les deux pièces que je fais passer en ce moment sous vos yeux vous démontrent qu'une large effraction de l'infundibulum fait sauter toute la tête labyrinthique.

Tel est donc le procédé que, jusqu'à ce jour, j'ai employé et que je continuerai à employer jusqu'à ce qu'il me soit prouvé qu'il y en a de meilleur. Comme je l'ai déjà dit, je redoute peu la récidive, n'en ayant point encore observé. S'il m'en survenait, du fait d'une ethmoïdite incomplètement ouverte, je pratiquerais, comme sur le malade que je vous présente, une ostéotomie paranasale à la manière de Moure, laquelle me permettrait de faire sauter à la curette la portion restante du labyrinthe. Ce malade, qui m'a été adressé par mon ami Morax, avait une récidive d'épithélioma du

(1) Luc. *Loco citato*, p. 502.
(2) Lermoyez. *Loco citato*, p. 432.
(3) Luc. *Loco citato*, p. 501.

sac lacrymal dans la région ethmoïdo-orbitaire. Je lui ai fait un grand délabrement profond. Non seulement il n'est pas défiguré, mais on peut presque dire qu'il ne porte plus aucune trace apparente de son traumatisme opératoire.

Telle est ma manière. Est-ce à dire que je condamne celle des autres? Non. Je crois, au contraire, que toutes les opérations, qu'on dirige aujourd'hui contre les sinusites frontales suppurées sont de bonnes opérations, quand elles sont bien exécutées. Elles répondent toutes à ces trois conditions fondamentales qu'il est nécessaire de réaliser pour guérir une vieille infection osseuse et que je formulais ainsi, l'an passé (1) : « Ouvrir assez largement la cavité pour qu'aucune de ses régions n'échappe à l'examen ni à la curette; détruire scrupuleusement toutes les fongosités; et, comme les parois de ces cavités osseuses ne peuvent être complètement rapprochées par la compression, comme il reste toujours entre elles un espace mort, faire un drainage large, copieux, qui assure l'écoulement dans le nez des sécrétions post-opératoires. »

Si j'échappe à tout procédé systématique, si je me laisse guider simplement par les lésions, si je préfère l'opération que je pratique, laquelle est, ordinairement, un Ogston-Luc atypique, agrandi et approprié à chaque cas particulier, à l'opération dite de Kunht-Luc, c'est qu'elle défigure beaucoup moins et ne dépasse jamais la mesure; si je la préfère à l'opération de Killian, c'est qu'elle est plus simple, plus rapide, moins laborieuse et qu'elle ne paralyse pas le grand oblique; si je la préfère à l'opération de Jansen-Jacques, c'est qu'elle permet un curettage complet de tous les sinus, grands et petits, ce que celle-ci ne saurait assurer; si je la préfère à l'opération de Taptas, c'est que celle-ci creuse, sur le flanc de la racine du nez, entre le front et la face, une sorte de gouttière où s'enfonce la peau; et si je la préfère, au moins pour le moment, aux procédés ostéoplastiques (surtout à celui de mon ami Chaput qui me paraît avoir le vice rédhibitoire d'ouvrir les deux sinus et les deux fosses nasales pour une infection seulement unilatérale), c'est peut-être que je ne connais pas encore bien ces derniers.

Notre collègue Toubert (2) terminait l'autre jour sa communication sur le traitement des sinusites par les mots suivants : « En somme, faire ce qu'il faut, tout ce qu'il faut, mais pas plus qu'il ne faut, tel est le secret pour obtenir les plus beaux résultats possibles. » Il n'y a certes rien, pour mieux guider un chirurgien

(1) Pierre Sebileau. Réponse à une communication de Jacques, *Comptes rendus* du Congrès français de Chirurgie, p. 188, chez Alcan, Paris, 1903.

(2) Toubert. Réponse au rapport de M. Berger, in *Bull. Soc. chir.*, 22 nov. 1904, n° 34, p. 934.

dans la pratique de la chirurgie — et même dans la pratique de la vie — que l'aphorisme de M. Toubert. Il n'y a qu'un malheur, c'est que le secret dont il parle est précisément un secret, ce qui nous le rend impénétrable.

En matière de sinusite frontale, il est rare, en effet, qu'on ne fasse pas trop ou trop peu, puisqu'on ne sait jamais où s'arrêtent les lésions concomitantes de l'ethmoïde. Killian fait peut-être trop; il est possible que d'autres, ainsi que moi, ne fassent pas assez.

Aussi, suis-je tout disposé à abandonner ma méthode s'il en vient une meilleure, ce qui est très vraisemblable.

Je disais à mon ami Jacques, de Nancy (1), quand il vint en 1903 présenter au Congrès français de Chirurgie son « traitement idéal » de la sinusite frontale suppurée, que je n'avais pas beaucoup de goût, en chirurgie, pour les procédés « idéaux » car c'est un caractère qu'ils ont le propre de conserver peu longtemps. J'en reste toujours là. Et je ne crois pas qu'il existe d'affection à laquelle la critique que je faisais alors soit plus applicable qu'à la sinusite fronto-ethmoïdale, tant elle se présente à nous variable d'ancienneté, d'étendue, de profondeur et d'anatomie!

M. Routier. — J'ai peu l'habitude de ces opérations, mais je puis vous citer un fait qui date déjà de plusieurs années. Dans un cas de sinusite frontale, j'ouvris et je curetai le sinus; le résultat fut d'abord parfait, mais une récidive, après quelques mois, m'obligea à une nouvelle intervention. Après avoir ouvert de nouveau le foyer, je créai un large orifice entre le sinus et les fosses nasales et ma malade guérit ainsi définitivement.

Présentations de malades.

Hydronéphrose intermittente gauche traitée par l'urétéro-pyélo-néostomie.

M. Bazy présente une petite fille de neuf ans, qui était atteinte d'une *hydronéphrose intermittente gauche*, qu'il a traitée par l'urétéro-pyélo-néostomie le 3 novembre c'est-à-dire il y a 20 jours.

L'observation *in extenso* sera publiée dans un des prochains Bulletins.

(1) Jacques. *Comptes rendus* du Congrès français de Chirurgie, p. 186, chez Alcan, Paris 1903.

Corps étrangers multiples du coude gauche enlevés en trois opérations successives. Guérison avec conservation parfaite de la souplesse et de la solidité du coude. Radiographies.

M. J. Lucas-Championnière. — Le malade que je vous présente m'a été adressé il y a un an par le Dr Delaporte. Il souffrait incessamment du coude gauche et demandait sa réforme à l'administration à laquelle il appartient avec d'autant plus de raison qu'on lui avait affirmé dans un service hospitalier dans lequel il avait séjourné et été radiographié qu'il n'y avait rien à faire pour son cas.

Le coude était volumineux, douloureux dans les mouvements et aussitôt qu'il avait fait quelque travail prolongé devenait tout à fait impotent.

La radiographie que vous voyez montrait une série de corps étrangers occupant toute la périphérie de la synoviale.

Au côté externe et postérieur du coude on sentait plus superficiels que les autres une série de corps étrangers plus ou moins mobiles. Ce fut le siège de ma première opération faite le 26 octobre 1903.

Ayant ouvert largement la synoviale en arrière, je pus retirer trois corps étrangers de volume moyen. Dès cette première opération les douleurs du coude avaient été fort diminuées; aussi le malade demandait avec instance une opération pour le corps étranger que l'on sentait volumineux et douloureux au côté interne du coude.

Le 3 décembre 1903 je fis une nouvelle opération cette fois extrêmement laborieuse je dus traverser toute la masse interne des muscles au pli du coude et pus malgré la profondeur de la voie extraire sans le morceler un corps étranger épais de plus d'un demi centimètre et large de 28 millimètres sur trente,

La guérison fut rapidement obtenue. Ce malade fut extrêmement amélioré. Il reprit tous les mouvements de son coude. Toutefois, il ressentait une gêne notable à la partie interne et antérieure du coude et la radiographie montrait en cette région un corps étranger qui paraissait aussi volumineux que le dernier retiré.

Le 28 juillet 1904 je lui ai fait une troisième opération aussi laborieuse que la dernière et qui a du être rarement faite ainsi.

En dedans du tendon du biceps je pénétrai largement dans l'articulation du coude en avant en laissant en dehors le nerf radial et j'arrivai sur un corps étranger énorme et très dur que je réussis à extraire, après l'avoir fendu en deux.

Le sujet guérit aisément et je vous le présente aujourd'hui avec

un coude absolument souple. Aucun mouvement n'est altéré. Toutes douleurs sont disparues.

La radiographie montre encore un corps étranger arrondi et très petit vers le col de la tête du radius. Il semble même qu'au palper on le sente assez bien.

Toutefois, il n'y a plus ni douleur ni gêne. Le sujet peut reprendre ses occupations et je remets toute intervention à plus tard, si la nécessité se présente.

Les cas de corps étrangers du coude dans lesquels on est tntervenu ne sont pas communs. Celui-ci m'a paru mériter de vous être présenté à cause de la multiplicité et du volume des corps étrangers.

En outre les opérations en elles-mêmes sont intéressantes. Ce sont les opérations intra-articulaires les plus laborieuses que l'on puisse imaginer. La mise a nu de toutes les parties articulaires a quelque chose d'un peu effrayant.

J'estime que ces sortes d'opérations ne peuvent être entreprises et conduites a bien, avec sécurité qu'avec une antisepsie rigoureuse. Celles-ci ont été faites toujours avec la solution d'acide phénique au vingtième aussi chaude que possible. Vous voyez que comme toujours elle n'a produit aucun phénomène d'irritation. Non seulement le coude n'a jamais été immobilisé mais il a été mobilisé le plus vite possible c'est-à-dire dès le premier pansement au quatrième jour. J'ai toujours drainé les plaies de ces opérations pour les motifs que j'ai souvent exposés.

En somme cette opération suite d'opérations articulaires a été faite, comme toutes mes opérations articulaires, avec la même régularité parfaite dans les suites et dans la souplesse des articulations que j'ai toujours obtenue par les mêmes procédés.

M. Kirmisson. — A propos de ce cas, M, Championnière peut-il nous donner l'explication pathogénique de ces corps étrangers?

M. Lucas-Championnière. — Ce malade n'a présenté aucun traumatisme capable d'expliquer la présence de ces corps étrangers et ses autres articulations ne présentent aucune lésion appréciable.

Présentations de pièces.

Appendice dans un sac crural suppuré.

M. ROUTIER. — La pièce que je vous présente est un sac herniaire crural sur la paroi interne duquel était fusionné l'appendice ilio-cæcal, sac provenant d'une femme âgée de soixante-dix-sept ans, que j'ai opérée d'urgence, dans mon service, le 17 novembre, qui va parfaitement.

Cette femme m'avait été envoyée comme atteinte d'adéno-phlegmon suppuré du pli de l'aine droite.

Elle portait, en effet, dans cette région, une tuméfaction rouge chaude, douloureuse, fluctuante, et qui présentait cette particurité d'être très mobile sur les parties profondes, ce qui avait frappé mes internes et mes assistants, si bien qu'on admettait volontiers ce diagnostic d'adénite suppurée.

En examinant plus à fond la malade, j'avais été frappé de l'existence d'une sorte de pédicule dur au-dessus de l'arcade crurale, si bien que, malgré la mobilité surprenante de la tumeur inflammatoire, je dis hernie crurale suppurée, au grand étonnement de ceux qui m'entouraient.

Il fallait ici se contenter des signes physiques, car l'interrogatoire était nul, et la malade bien qu'ayant la possession de toutes ses facultés, ne répondait rien de précis. Elle avait dû aller à l'Hôtel-Dieu une quinzaine de jours avant, demander une ceinture : elle ne savait pas si sa grosseur existait avant, elle n'en avait jamais souffert.

C'était en revenant de l'Hôtel-Dieu qu'elle avait eu mal, et de son domicile, on nous l'avait envoyée.

J'ai ouvert la tumeur comme un abcès, il s'est écoulé du pus particulièrement fétide, de cette odeur particulière due à la présence du coli-bacille, la paroi antérieure du sac était sphacélée.

J'ai nettoyé le tout avec des compresses imbibées de chlorure de zinc au 1/10, et alors j'ai pu voir sur la paroi interne du sac un épaississement qui était fusionné avec lui.

Vers la partie inférieure, j'ai donné un coup de ciseaux pour savoir ce qu'était cet épaississement, et j'ai vu que j'avais coupé un appendice ilio-cæcal.

J'ai suivi en disséquant la partie centrale de cet appendice qui m'a conduit sur le cæcum ; j'ai pu l'attirer dans la plaie, sans avoir débridé l'anneau et lier l'appendice au ras du gros intestin.

J'ai traité le moignon au thermocautère comme j'en ai l'habi-

tude, après ligature au catgut, puis j'ai mis un drain dans l'orifice crural avec deux mèches, et j'ai laissé la plaie ouverte.

Le 19, j'enlevai les mèches.

Le 20, j'enlevai le drain.

Aujourd'hui elle est en voie de cicatrisation sans avoir présenté plus de symptômes après qu'avant l'opération.

Il me paraît fort difficile d'expliquer cette suppuration avec gangrène, de ce sac herniaire.

La fusion de l'appendice avec le sac me fait penser qu'à maintes reprises il a dû y avoir des poussées inflammatoires, mais rien dans l'interrogatoire de la malade ne nous permet de préciser.

Elle n'a eu non plus cette fois rien qui, de près ou de loin, ressemble à de l'appendicite, il n'y avait pas étranglement de cet organe.

L'examen macroscopique de la muqueuse ne nous a donné aucune indication.

J'ajoute en passant qu'au cours de la libération de ce sac si enflammé et qui paraissait cependant si mobile, j'ai intéressé latéralement la veine fémorale. J'ai aussitôt fait une ligature latérale au catgut, et la malade n'a jamais eu plus de 37 degrés.

Elle est en pleine voie de guérison.

Grossesse tubaire à terme avec enfant mort. Ablation en masse,

M. Lejars. — Je désire présenter à la Société, en commun avec mon collègue et ami le Dr Boissard, la pièce que voici : il s'agit d'une grossesse tubaire très avancée, qui contenait un enfant mort, presque à terme, et qui a pu être enlevée d'un bloc, sans difficulté. L'histoire de la malade est, du reste, fort curieuse.

Cette femme a trente-cinq ans; elle est un peu maigre, et l'on trouve dans son passé une pleurésie gauche, remontant à trois ans. Elle n'a pas, d'ailleurs, d'autres antécédents morbides et paraît, en somme, de santé générale assez bonne.

Réglée à quinze ou seize ans (elle ne sait pas au juste), toujours bien réglée, elle a été déjà six fois enceinte : deux avortements normaux ont eu lieu en 1889 et 1891, une fausse couche de deux mois et demi, en 1892; un troisième accouchement à terme, en 1896; enfin, après une autre fausse couche de trois mois, en 1898, un dernier accouchement en 1900. Elle ne paraît avoir eu aucun accident pelvien et ne souffrait pas du ventre.

Fin décembre 1903, les règles se montrent, après six semaines de retard; elles se prolongent six semaines. Puis la perte cesse, et la menstruation est complètement supprimée dans les mois qui suivent, c'est-à-dire depuis la mi-février jusqu'au moment où nous observons la malade.

Elle se croit enceinte; du reste, son ventre grossit régulièrement, ses seins « montent »; elle n'a pas de vomissements, mais des crampes d'estomac revenant par crises et très violentes. Elle sent remuer. Son médecin confirme l'hypothèse, et jusqu'en septembre tout se passe comme dans une grossesse régulière. A la fin de septembre, le globe utérin dépasse notablement l'ombilic, mais un autre médecin, ayant examiné la malade, n'entend pas les bruits du cœur et conclut à la mort de l'enfant. Ajoutons qu'aucun incident ne s'est produit; il n'y a eu ni douleur ni aucune réaction abdominale; la femme a remarqué seulement que rien ne remuait plus.

Elle est envoyée dans ces conditions à la Maternité de l'hôpital Tenon, avec le diagnostic de grossesse utérine à terme ou voisine du terme et enfant mort.

M. Boissard l'examine, reconnaît tous les signes d'une grossesse à part les bruits du cœur fœtal, et, pour compléter l'exploration, applique le ballon de Champetier et donne le chloroforme. Il pénètre alors dans une grande cavité répondant à la place du ballon : au-dessus, il sent une masse assez dure, compacte, régulière, ne ressemblant en rien à un fœtus mort et macéré, et qui paraît adhérer fortement à la paroi antérieure de l'utérus. La malade perd quelques gouttes de sang à la suite de ce toucher, mais elle ne perd pas d'eau, et aucune contraction utérine ne se montre.

Ce fut alors que mon collègue voulut bien me montrer cette femme et l'examiner de nouveau avec moi. Le ventre est proéminent, régulièrement ovoïde, occupé par une volumineuse « tumeur » ayant toutes les apparences de l'utérus gravide, à terme, et qui remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette « tumeur » est exactement médiane et se prolonge également des deux côtés jusqu'à la limite du flanc; elle est régulière, lisse, tendue, donne une sensation de flot par la pression transversale, et paraît contenir beaucoup de liquide. Elle semble, de plus, mobile et se laisse déplacer, dans le sens transversal, autant que le permet son volume et la distension du ventre.

Le diagnostic ne laissait pas que d'être hésitant; l'hypothèse d'une grossesse normale avec enfant mort et hydramnios semblait encore la plus probable. J'ajoute que, pour ma part, je m'attendais un peu à une surprise, et que, devant la parfaite indolence, la mobilité, la régularité, la tension, la fluctuation de cette masse, je

n'eus pas été autrement étonné de trouver un kyste de l'ovaire.

Ce fut tout autre chose que nous découvrîmes, au cours de la laparotomie, pratiquée le 15 octobre dernier. Le ventre ouvert, une grosse poche grisâtre et lisse se montra, très légèrement adhérente à l'épiploon et au méso-côlon descendant; elle fut libérée sans la moindre peine, et d'abord ponctionnée. Il s'écoula un litre et demi environ d'un liquide chocolat. Il fut alors possible, après avoir quelque peu prolongé l'incision en haut,



d'extraire la poche, et l'on reconnut qu'elle dépendait des annexes gauches, et que l'utérus, d'ailleurs de volume moyen, était refoulé derrière le pubis, au-dessous et en avant d'elle. On sentait dès lors manifestement le corps du fœtus à travers la paroi affaissée du sac, et le diagnostic de grossesse tubaire n'était plus douteux. La masse fut enlevée comme une poche salpingienne quelconque, en sectionnant le ligament large, et, après ligature des vaisseaux sur la tranche, en le péritonisant. A droite, l'ovaire était sain, la trompe fermée au niveau du pavillon, dont les franges étaient rétractées et adhérentes. On incisa le pavillon, qui fut fixé sur l'ovaire par quelques points de fin

catgut. Enfin la paroi abdominale fut réunie, après qu'on eut laissé un petit drain en verre.

Les suites de l'opération ont été toutes simples, et l'opérée a quitté notre service, guérie, à la mi-novembre.

Il est aisé de vérifier sur la pièce que le sac est continu sur toute son étendue, qu'il ne porte pas la moindre trace de déchirure, ni d'érosion, qu'il est partout d'une assez notable résistance et d'une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Sur le côté droit, on remarquera un cordonnet qui n'est autre que la portion originelle, utérine, de la trompe ; on voit, d'ailleurs sa section correspondant à celle du ligament large ; à l'autre extrémité, il se perd dans la poche qui en représente une énorme dilatation. J'ajoute que cette poche a été examinée histologiquement par mon interne, M. Magitot, et qu'elle est composée en majeure partie de fibres musculaires lisses. Quant à l'ovaire, il est malaisément reconnaissable, et semble aplati et étalé sur un des points du sac. Le fœtus a les dimensions et l'aspect d'un enfant de plus de sept mois; on voit, de plus, un placenta tout normal et adhérent sur toute sa surface sacculaire.

J'exprimerai d'abord un regret : c'est que le diagnostic n'ait pu être fait plus tôt, car il est certain que nous aurions eu un enfant viable. A l'époque où la malade nous est arrivée, il était réellement bien malaisé de reconnaître la nature exacte de cette grosse tumeur; on n'aurait pu y réussir que si l'on était parvenu à déterminer exactement la situation et le volume de l'utérus, mais j'ai dit plus haut quel avait été le résultat déconcertant de l'examen sous chloroforme, après application du ballon de Champetier. Ce qui contribuait à obscurcir l'interprétation clinique, c'était l'absence de tout accident, de toute douleur, de toute réaction abdominale; rien n'avait signalé la mort du fœtus, et la disparition des battements du cœur et des mouvements actifs l'avaient seuls révélée, pour ainsi dire fortuitement. Je tiens à insister sur cette évolution singulière, et sur un autre point, à savoir que le sac, malgré son développement considérable, était exclusivement tubaire. C'est à cette condition que nous avons dû de pouvoir enlever la tumeur, à peine adhérente, en bloc, comme un kyste de l'ovaire.

M. Rochard. — J'ai présenté, il y a cinq ans, à la Société de Chirurgie, un fœtus de huit mois que j'avais extrait d'une grossesse extra-utérine. Comme M. Lejars, j'avais eu de grandes difficultés de diagnostic pour savoir si le produit de la conception était ou n'était pas dans l'utérus. Quand j'opérai la malade, à son

domicile, l'enfant était mort et depuis quelque temps déjà. Je pus extraire la poche et guérir ma malade sans accident.

M. Schwartz. — J'ai vu un cas exactement semblable à celui qui vient de nous être signalé, mais, comme cela a lieu dans le plus grand nombre de cas, le kyste fœtal était adhérent au gros intestin.

M. Potherat. — La remarque de mon ami Lejars est très juste; s'il avait pu opérer avant la mort de l'enfant, il aurait eu bien des chances d'amener un enfant vivant, d'autant mieux que le sac fœtal était libre d'adhérences.

J'en donnerai pour preuve le fait que j'ai présenté ici jadis, d'une malade affectée de grossesse extra-utérine, et que j'ai opérée au huitième mois dans le service de mon regretté maître Bouilly : la mère et l'enfant ont survécu; l'enfant est mort à trois mois et demi de syphilis congénitale ; la mère est encore vivante et bien portante.

Mais, dans mon cas, la poche fœtale était si peu libre, qu'à l'incitation de M. Auvard qui m'assistait, ayant voulu la séparer des anses intestinales auxquelles elle adhérait, j'eus une hémorragie formidable dont je ne triomphai que par une compression directe longtemps prolongée.

Donc on ne trouve pas toujours cet isolement du sac qu'a observé Lejars, et on peut rencontrer des adhérences devant lesquelles il vaut mieux reculer. Dans mon cas, il s'agissait d'une grossesse intra-abdominale et non tubaire. Comme conséquence, nous pourrions conclure qu'en présence d'une grossesse extra-utérine on peut laisser évoluer la grossesse aussi longtemps que la vie de la mère n'est point en danger, mais qu'il faut intervenir alors même qu'aucun risque pour la mère n'intervient, dès que l'âge de l'enfant est assez avancé pour qu'on soit certain d'avoir un enfant viable.

M. Guinard. — Je désire par un fait montrer qu'il ne faut pas chercher à enlever la poche dans la majorité des cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant. Il y a dix ans, je remplaçais Marchand à Saint-Louis : avant son départ pour les vacances, il m'avait laissé une malade en me disant qu'il me priait de la surveiller; elle avait une grossesse extra-utérine de sept mois, et il comptait l'opérer à son retour avec moi, sauf rupture dans l'intervalle. A son retour, il opéra avec moi cette malade ; l'enfant est encore actuellement vivant, mais la mère mourut sur la table d'opération, succombant à une hémorragie en nappe que rien ne put arrêter. Il faut se garder, je crois, de chercher à enlever la

poche sauf dans les cas très rares semblables à celui que nous présente M. Lejars.

M. Tuffier. — Le fait que nous présente M. Lejars est intéressant à deux points de vue, l'absence d'adhérences autour du kyste fœtal et la longue évolution de la grossesse. Ce défaut d'adhérences est tout à fait exceptionnel et on ne le rencontre guère que dans les grossesses de la corne utérine et dans les grossesses dites interstitielles. Quant à la durée même de cette grossesse, elle est certainement exceptionnelle je puis cependant vous citer à cet égard un cas fort curieux : j'ai opéré il y a sept ans une femme qui, *accouchée trois mois auparavant* d'un enfant bien portant, présentait dans le flanc droit tous les signes d'une énorme cholécystite; c'est dire que la tumeur était *sous-hépatique* et continue avec la matité du foie. Une laparotomie latérale me fit tomber sur des adhérences intestino-épiploïques; la palpation à ce niveau me fit trouver une *collision crépitante* absolument nette. Il n'y avait donc pas de doute, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse.

Dénudant avec précaution cette vésicule, je la vis couverte de cheveux; je pensai à un kyste dermoïde, mais en voulant passer les doigts en dessous de ce kyste, pour en faire le tour, j'accrochai un pédoncule arrondi et je l'attirai peu à peu en dehors; le kyste était la tête d'un fœtus macéré, le pédicule était le cou et le corps tout entier d'un fœtus ayant dépassé le huitième mois, le tout macéré dans un liquide brunâtre qui faisait ressembler le fœtus à un chat mort que l'on retire de l'eau. Je sectionnai le cordon et *je me gardai bien de chercher à extraire le placenta*. La poche fut drainée et l'opérée guérit parfaitement.

Ce fait peut être ainsi interprété : grossesse *extra-utérine* ayant évolué jusqu'au huitième mois sans expulsion du fœtus et sans accident, puis *grossesse normale*. L'utérus, en se développant, refoula le kyste fœtal extra-utérin jusqu'au foie, et, après l'accouchement normal du fœtus utérin, le kyste resta accroché à la région sous-hépatique où je le trouvai avec son contenu.

M. Paul Segond. — L'absence d'adhérences dans les grossesses extra-utérines de ce volume constitue la rarissime exception. Aussi je considère que l'extirpation du sac dans les grossesses ectopiques est toujours dangereuse et le plus souvent impraticable; j'en parle par expérience puisque j'ai opéré trois grossesses extra-utérines à terme et que j'ai encore deux de ces enfants vivants.

M. Routier. — Je m'associe pleinement à tous ceux qui res-

pectent le sac dans les grossesses extra-utérines de gros volume, et j'ai pu voir dans un cas quelles difficultés extrêmes et quels dangers présente cette décortication.

M. Rochard. — J'estime qu'il y a une très grande différence à faire entre l'opération pour un enfant mort ou pour un enfant vivant. Aussi, je ne dirai pas, comme M. Segond, qu'il ne faut jamais chercher à extirper la poche. Oui, quand l'enfant est vivant, ce doit être la règle à cause des hémorragies terribles; quand il est mort, il faut toujours essayer et on l'aura souvent.

M. Paul Segond. — Qu'il y ait des cas faciles dans lesquels on peut enlever la poche, cela n'est pas discutable, mais la règle générale, que je ne saurais trop répéter, c'est qu'on trouve un sac aussi difficile que dangereux à extirper et cela aussi bien quand l'enfant est vivant que quand il est mort.

M. Routier. — C'est précisément dans un de ces cas de fœtus mort que j'ai eu tant de peine à extirper le sac et que je n'ai pu me tirer d'affaire qu'après avoir ouvert l'intestin, coupé l'uretère et déterminé de notables hémorragies auxquelles ma malade a pu heureusement résister.

M. Faure. — Il est extrêmement rare de voir un fœtus de ce volume contenu exactement dans un sac complet et facilement isolable. En général le sac n'est constitué que par des adhérences entre les organes voisins.

M. Rochard. — L'observation de M. Routier prouve qu'on se heurte quelquefois à de grosses difficultés, mais il n'en est pas moins acquis qu'il faut toujours essayer d'avoir la poche, puisque, dans le cas que j'ai cité, j'ai pu l'extirper et guérir ma malade comme une opérée de laparotomie ordinaire.

Anévrisme de l'artère fémorale.

M. Rochard : présente un anévrisme de l'artère fémorale qu'il a traité par l'extirpation. Il se trouvait à la partie moyenne, siège assez rare; en voici du reste l'observation due à l'obligeance de mon interne M. Nandrot.

B..., âgée de soixante-huit ans, entrée le 10 novembre, opérée le 19 novembre.

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de huit ans. Séjour d'une durée de un an en Afrique à l'âge de onze ans, durant lequel elle eut presque continuellement les *fièvres paludéennes.*

Pas d'enfant. Pas de fausse couche. Toujours bien portante à part quelques troubles dyspeptiques.

Débuts. — La malade entre à l'hôpital parce qu'au mois *de septembre dernier* elle a découvert la présence d'une tumeur au niveau de la partie supérieure de la cuisse gauche, et parce que depuis ce temps cette tumeur n'a fait que grossir.

Au mois de septembre, au moment où la tumeur fut découverte, elle était de la grosseur d'un œuf, ce qui fait remonter le début de son apparition à une date bien antérieure.

Jusque-là rien n'avait attiré l'attention de la malade de ce côté, si ce n'est une fatigue très rapide du membre inférieur gauche, et *cela depuis plusieurs mois.*

Examen de la malade. — L'état général n'est pas très bon. La malade est amaigrie et nous présente un état psychique assez altéré.

Appareil respiratoire. — Quelques râles de bronchite.

Appareil urinaire. — Rien de particulier.

Appareil digestif. — Digestions lentes et pénibles.

Appareil circulatoire. — *Cœur* : Bruits un peu sourds, mais rien de net. — *Artères* : Dures et un peu flexueuses.

La particularité intéressante nous est fournie par l'examen de la cuisse gauche.

On trouve en effet une *tumeur* du volume d'une grosse orange au niveau de la partie inférieure du tiers inférieur et de la partie supérieure du tiers moyen de la cuisse.

Cette tumeur située à la partie interne du membre est lisse et à peu près régulièrement arrondie. Elle est mobile sous la peau et dans la profondeur dans le sens transversal, mais non dans le sens longitudinal. Elle ne semble cependant pas tout à fait indépendante dans la profondeur. Elle est dure, ni rénitente, ni fluctuante, et mate à la percussion.

Par *la palpation* on ne sent rien d'anormal (pas de battements), mais si l'on comprime un peu la tumeur entre le pouce et les autres doigts on sent qu'il existe une *expansion* en masse, presque isochrone à la systole cardiaque.

Par *l'auscultation* à l'aide d'un stéthoscope on entend un très gros souffle systolique existant au niveau du pli de l'aine, sur le trajet de l'artère fémorale, mais avec beaucoup moins d'intensité.

Les vaisseaux fémoraux nettement perçus au-dessus de la tumeur ne sont plus retrouvés à son niveau; d'autre part on ne sent battre ni l'artère poplitée, ni la tibiale postérieure, ni l'artère pédieuse ; il est vrai que le pouls au niveau de ces artères est également très difficilement perçu dans l'autre membre inférieur.

Par *l'interrogatoire,* on apprend que cette tumeur n'est *pas douloureuse,* mais qu'elle est le siège de *battements très désagréables* perçus par la malade surtout la nuit.

Elle a augmenté d'une façon progressive depuis le mois de septembre.

A *aucun moment* il n'y a eu de troubles circulatoires, tels qu'œdème, cyanose, refroidissement du membre; le seul symptôme accusé, en dehors des battements, est l'extrême rapidité avec lequel se fatigue la jambe gauche qui met la malade dans l'impossibilité de travailler.

En présence de ces signes, deux diagnostics en présence : *sarcome vasculaire*; *anévrisme de l'artère fémorale*; et c'est ce dernier que l'on adopte.

Opération. — Incision suivant le grand axe de la tumeur. On tombe sur le couturier qui est étalé au devant de la tumeur et lui adhère. Dissection soignée de ce muscle. On libère la tumeur en arrière et sur les côtés; elle repose en arrière sur les adducteurs et le pectiné.

Au préalable on a placé un solide tube de caoutchouc sur la racine du membre, après avoir fait surrélever l'extrémité inférieure.

Pendant la dissection de la tumeur la paroi interne se rompt et laisse s'engager par l'orifice un gros caillot grisâtre, feuilleté, de consistance assez ferme.

On se rend compte que la tumeur continue l'artère fémorale à cinq travers de doigt environ au-dessous du pli de l'aine, et son bord inférieur arrive juste au niveau de la partie supérieure de l'anneau du troisième adducteur.

Les vaisseaux fémoraux sont recherchés avec soin et l'on voit que l'artère fait corps avec la paroi externe et postérieure de la masse; la veine est en *dehors* de l'artère, et très aplatie; en dehors de la veine se trouvent les nerfs saphènes et du quadriceps.

On dissèque les nerfs, on incise sur le bord supérieur du canal de Hunter pour faciliter la ligature des vaisseaux et l'on fait cette ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous de la tumeur.

On enlève le *tout*, sans que la malade ait perdu une goutte de sang.

Suites opératoires des plus simples; température : 37 degrés; pouls très bon; aucun phénomène circulatoire du côté du membre malade.

Examen de la pièce. — Anévrisme sacciforme de l'artère fémorale, de la grosseur d'une orange.

L'*artère* est dure et grosse au-dessus de la tumeur; elle est plus souple au-dessous.

La veine fémorale est comprimée, lamelleuse, mais ne participe pas à la formation de l'anévrisme.

Après ouverture de la pièce, on trouve un peu de sang liquide, un gros caillot passif et, en avant de lui, adhérent à la paroi antérieure du sac, un volumineux caillot actif, gris rougeâtre, feuilleté, qui est sorti par l'orifice de la paroi interne.

L'orifice de communication entre la poche et l'artère est assez petit, situé à la partie supérieure de la paroi et du sac.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1904

Présidence de M. PEYROT.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

ERRATUM

Dans le compte rendu de la séance du 16 novembre, dans la communication de M. Toubert, pages 930 et 931, *lire* « droite » *au lieu* de « gauche » dans l'observation I.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. HARTMANN dépose sur le bureau le deuxième volume de ses travaux de chirurgie anatomo-clinique, volume consacré aux voies urinaires et au testicule.

M. TUFFIER dépose sur le bureau une observation de M. de Rouville, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, et intitulée : « Diagnostic de la perforation des ulcères de l'estomac et du duodénum avec l'appendicite. » — Rapporteur : M. Tuffier.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des anévrismes.

M. ARROU. — Dans l'avant-dernière séance, M. Monod a mentionné un cas d'anévrisme poplité artériel que j'ai eu l'occasion

d'examiner et d'opérer dans son service. C'est ce cas que je viens apporter à la Société de Chirurgie, avec les réflexions qu'il comporte. Voici l'observation, rédigée par M. Autefage, interne du service. Elle sera publiée dans les bulletins. Je me contente, aujourd'hui, d'en analyser des éléments principaux.

OBSERVATION. — *Anévrisme poplité artériel de la jambe droite*, (observation prise par M. AUTEFAGE, interne du service).

Gaston B..., 46 ans, gymnasiarque, entre le 16 octobre 1904 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod (M. Arrou, assistant), salle Broca, n° 11 *bis*.

Père mort de maladie inconnue : mère morte d'un cancer de l'utérus.

A 20 ans, le malade a eu une fracture au tiers inférieur de la jambe gauche. Deux ans après, chancre induré. Il se soigne pendant trois mois, par des frictions mercurielles et de la liqueur de Van Swieten. Des plaques muqueuses se succèdent dans la bouche, pendant les deux ou trois ans qui suivent le chancre.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux mois et demi (août dernier), et a été signalé par l'apparition d'une tumeur poplitée, qu'accompagnaient des douleurs par accès, rendant la marche pénible.

C'étaient des élancements, presque continuels au cours de la journée, mais plus pénibles le soir, après la fatigue du jour. Ils occupaient surtout le haut du mollet.

Depuis quinze jours, les douleurs sont devenues très intenses, continuelles, supportables pendant la journée, mais atroces le soir et la nuit ; elles occupent la totalité du mollet, la face dorsale du pied et du premier orteil. Elles prennent de plus en plus le caractère de douleurs continues avec exacerbation brusque, en véritable accès.

Quand à la tumeur, elle ne cesse de croître, sauf peut-être un temps d'arrêt, dit-il, depuis deux semaines.

Examen. Le creux poplité est occupé par une tumeur du volume d'un poing d'adulte, animée de battements visibles, nettement expansifs. La limite supérieure est assez nette, et peut être indiquée à quatre travers de doigt, en haut, au-dessus de l'interligne. En bas, on ne sent pas ou finit cette poche, qui semble se continuer avec la masse musculaire du mollet.

La pression de l'artère au-dessus arrête tout battement, mais il ne semble pas que la poche diminue alors spontanément. Si on exerce une pression, elle s'affaisse quelque peu, mais non complètement.

Souffle systolique, assez rude, dans toute l'étendue de la tumeur.

Les battements de la tibiale postérieure sont plus faibles à droite qu'à gauche, et il semble bien qu'il y ait un retard.

Veines superficielles volumineuses, œdème marqué du membre jusqu'aux malléoles.

Poumons et cœur sains : pas d'albumine dans l'urine.

Mon sujet est un homme de quarante-six ans, gymnasiarque : le voilà déjà, par métier, prédisposé aux lésions anévrismales, et c'est une étiologie qui a été signalée. Mais il est de plus — et le fait a une toute autre importance — syphilitique avéré. Chancre

il y a vingt-quatre ans, traitement mercuriel abandonné au bout de trois mois, puis plaques muqueuses récidivantes pendant au moins deux ans. Le doute n'est pas possible. C'est un appoint nouveau à la théorie qui fait de la poche anévrismale, non traumatique, un résultat de syphilis.

Le début de ses misères remonte aux premiers jours du mois d'août dernier. C'est à cette époque qu'il constata dans son jarret droit l'existence d'une petite « boule » qui lui battait sous le doigt, en même temps qu'il ressentait, dans le haut du mollet, quelques douleurs lancinantes surtout vives le soir, après la fatigue de la journée. Dès ce début, tout alla vite. Quinze jours ne s'étaient pas écoulés, qu'il ne pouvait marcher sans boîter. En même temps, et du même pas que les douleurs, croissait la tumeur constatée dans le jarret. Tant et si bien qu'au bout de soixante-dix jours, le malheureux gymnasiarque, incapable de marcher, se faisait conduire à l'hôpital et réclamait nos soins.

L'examen montra, de toute évidence, une poche anévrismale dans la région poplitée, avec ses battements, son expansion, et ses troubles de compression : grosses veines superficielles, œdème tout le long du tibia. Un souffle systolique rude, entendu partout sans maximum évident. L'intérêt était de préciser les limites de ladite tumeur. Or, si on pouvait en haut localiser son pôle supérieur à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne, et lui trouver là un point terminus, il n'en était pas de même en bas, Elle se confondait, sans limites précises, avec les muscles du mollet, occupant toute la partie basse de la région poplitée, semblant faire corps avec les masses musculaires. C'est l'anévrisme poplité mal placé, celui dont on dit volontiers qu'on aimerait mieux qu'il fût autrement.

Notre homme réclamait ardemment une solution. Les douleurs en effet, étaient devenues intolérables, ne cédant même pas aux injections de morphine. Je lui proposai une opération : il l'accepta immédiatement, sans même me demander ce que j'allais bien lui faire.

J'avoue n'avoir pas songé un instant à la ligature. Cette idée ne m'est pas venue à l'esprit. D'ailleurs, il me serait tout à fait désagréable de jeter un fil sur une artère, près ou loin d'un sac anévrismal, sans toucher à ce sac, seul agent responsable des troubles de compression. S'il est enlevable, même au prix de difficultés sérieuses, on doit l'enlever. On évite ainsi les embolies, la suppuration, la récidive immédiate... et les regrets.

Le 25 octobre, mon homme fut amené à la salle d'opération, endormi au chloroforme; une bande élastique étreignit la partie supérieure de sa cuisse, et je commençai mon intervention avec

le plan suivant : découvrir largement la tumeur, lier l'artère immédiatement au-dessus, luxer en bas le sac décollé des parties environnantes, et lier l'artère ou les artères sous-jacentes au contact immédiat de sa paroi. Après quelques tâtonnements, car elle était dissimulée sous une saillie de la poche, l'artère fut découverte et coupée en haut entre deux pinces. Le fil se trouva porter, de cette façon, à deux centimètres environ au-dessous de l'orifice inférieur du canal de Hunter.

Puis le sac fut disséqué et rejeté en bas. Quand le sac est ancien, dur, doublé de caillots fibrineux, on sent aisément sa paroi, et on la clive, comme celle d'une vieille poche salpingienne, sans trop de difficulté. Ici, j'eus la plus grande peine à décoller cette membrane molle, flasque, sans trace de consistance, qui se collait à tout le voisinage, et semblait faire corps avec ce qui l'avoisinait : nerfs, tendons, ligament postérieur. Elle fut enfin rejetée en bas, et chacun put alors s'apercevoir que son pôle inférieur s'arrêtait juste sur l'anneau du soléaire, le point d'où émerge la tibiale antérieure étant dépassé de deux bons centimètres. D'ailleurs cette artère avait été trouvée en cours de route, émergeant du sac, et liée en passant. C'est bien là le type du mauvais cas, de l'anévrisme poplité bas situé, dont l'extirpation nécessite la ligature isolée des artères basses. Je terminai mon opération par la pose d'une mèche stérilisée, doucement tassée à la partie moyenne de l'incision, et la peau fut suturée au crin. A titre de détail, une fois enlevée la bande d'Esmarch, trois fils seulement durent être placés, un sur la veine saphène externe, un sur une artériole répondant à l'interligne même, un dernier sur une veine satellite de l'artère tibiale antérieure. Cela fait en tout, avec les pédicules artériels, six ligatures.

Les suites furent normales, si j'en excepte une brusque élévation de température, de quelques heures à peine, au matin du troisième jour. La réunion se fit par première intention, et je compte vous présenter cet opéré à l'une des prochaines séances. Il ne marche pas encore, par prudence, pour éviter tout décollement dans la zone opérée.

Mais le point important pour chacun était de savoir quand, comment se rétablirait sa circulation artérielle. D'un mot, je peux vous renseigner. Tout de suite, le courant sanguin arriva à destination et quand, deux heures après l'intervention, on écarta l'ouate qui recouvrait les orteils, pour voir ce qui se passait, on trouva le pied aussi chaud que celui du côté opposé. Et il n'a depuis cessé d'en être ainsi. Voilà donc un cas sérieux d'anévrisme poplité bas situé, enlevé en totalité, et chez lequel les troubles de circulation post-opératoire ont été nuls. Ce cas vient s'ajouter à bien

d'autres, en particulier à celui qui nous a été rapporté par M. Monod, il y a quelques mois, et dont le dispositif était à peu près superposable à celui que j'ai observé chez mon opéré. Joignons-le encore à celui de M. Juvarra, à celui de M. Ricard; cela fait le commencement d'une série dont le début, tout au moins, est tout à fait heureux.

A propos de la hernie de l'appendice dans un sac suppuré de hernie crurale.

M. Rochard. — Dans la dernière séance M. Routier vous a présenté une curieuse observation d'appendicocèle; je profite de l'occasion pour donner à nos bulletins, une observation d'appendice étranglé dans un sac crural, qui a été opéré dans mon service par mon interne M. Nandrot.

X..., soixante-dix ans, entre à l'hôpital Tenon, le 11 novembre avec le diagnostic de hernie étranglée.

Elle se plaint de douleurs au niveau de l'aine droite, ayant apparu il y a trois ou quatre jours.

L'interrogatoire nous apprend que la malade n'a pas eu de selle depuis bientôt trois jours, mais elle a rendu des gaz dans la journée. Elle a eu des nausées, mais pas de vomissements.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple et non douloureux. Au niveau de la région crurale droite, on constate la présence d'une petite masse arrondie douloureuse à la pression et irréductible. Elle se prolonge en haut sous l'arcade par un cordon de la grosseur du petit doigt.

Le pouls est bien frappé et à 84. La température est de 37°7.

L'état général est bon.

En présence de ces signes on fait le diagnostic de hernie crurale probablement légèrement étranglée et l'on se décide à intervenir.

Opération. — On tombe sur un sac se continuant par un cordon semblant remonter très haut sous l'arcade crurale. Ce sac est épaissi adhérent aux parties voisines et nous présente un rétrécissement un peu au-dessous de l'arcade.

Après section de cette arcade et ouverture du sac, on voit que le contenu de la hernie est constitué entièrement par l'*appendice*, et que ce dernier est étranglé à 2 centimètres environ au-dessus de son extrémité inférieure.

L'agent d'étranglement est formé par une sorte de petit diaphragme dépendant du sac.

Au-dessus de l'étranglement l'appendice paraît complètement sain et de la grosseur d'un crayon ordinaire.

Au-dessous, il est renflé en massue et atteint la grosseur d'un médius.

Il est *noirâtre, ecchymotique* adhérent au sac.

Entre les deux portions il existe un sillon profondément marqué,

déterminé par le diaphragme du sac. On enlève cet appendice (il a une longueur de 10 centimètres, et l'on fait la cure radicale de la hernie.

La malade n'avait souffert du ventre à aucun moment, et elle ne s'était jamais aperçue de la présence de sa hernie crurale. *Guérison rapide.*

M. Bazy. — Si j'avais été présent au moment de la présentation de la pièce d'appendicite de mon ami Routier, j'aurais cité le fait d'une dame de quatre-vingt et un ans que j'avais opérée le matin pour une hernie crurale droite « étranglée ».

La hernie s'était étranglée à 7 heures du matin, et j'ai opéré cette dame à 11 heures.

Le sac, quoique n'ayant été l'objet d'aucune tentative de taxis ni même de malaxation, contenait un liquide rouge brun. L'anse intestinale herniée était très œdémateuse et presque noirâtre.

Quand j'ai eu réduit l'anse, j'ai vu sur la paroi du sac une masse graisseuse, et, en regardant de plus près, j'ai vu l'appendice qui était adhérent au fond du sac.

J'ai réséqué l'appendice, et traité le moignon par les procédés habituels.

J'ai réséqué le sac.

En faisant cette communication aujourd'hui, je peux avoir le plaisir de dire que ma malade va très bien.

M. Routier. — Les faits qui viennent de nous être cités, n'ont aucun rapport avec celui que je vous ai présenté. Il s'agissait d'un sac de hernie crurale, rempli de pus, et dans lequel se trouvait un appendice absolument sain. Mon malade n'avait jamais eu aucun d'accident d'appendicite.

M. Rochard. — La suppuration du *sac crural* contenant l'appendice qui nous a été présenté par M. Routier ne peut être attribuée, il me semble, qu'à deux mécanismes : ou une appendicite herniaire, ou un étranglement de l'appendice; or, comme l'appendice n'était pas étranglé, il faut, d'après moi, admettre une appendicite, d'autant plus que l'appendice était adhérent au sac, et cette adhérence n'avait pu se faire qu'à la suite d'une inflammation.

M. Routier. — Je tiens à répéter que, rien chez ma malade, n'autorisait le diagnostic d'appendicite.

Communication.

Cancer du sein récidivé, après deux opérations, sous forme d'indurations partielles et d'ulcérations multiples. Résultat du traitement radiothérapique.

M. Lejars. — Je désire vous présenter une malade qui, après deux interventions locales, a été traitée par notre collègue, M. Béclère. Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui m'avait été adressée, il y a trois ans, par mon collègue, le Dr Florand, avec un squirrhe du sein droit. La tumeur occupait toute la glande, elle était entourée de quelques noyaux cutanés, et s'accompagnait d'adénopathie, axillaire. L'état général était mauvais, et la malade très amaigrie. Je l'opérai le 31 janvier 1902; j'enlevai en masse tout le sein et les tissus de l'aisselle. Il n'y eut pas d'incident, la santé s'améliora, et rien de nouveau ne se montra pendant près de deux ans.

Une première récidive parut alors, et je revis la malade avec une cicatrice indurée, bosselée sur toute sa partie moyenne, et ulcérée. Je l'opérai une deuxième fois le 5 décembre 1903 : j'extirpai largement la plaque néoplasique et j'excisai sur toute sa longueur la cicatrice.

La réunion se fit, mais, peu de semaines après, l'induration était de nouveau manifeste; puis une ulcération sanieuse apparut, et, dans les premiers jours de mai 1904, j'adressai la malade à M. Béclère. Toute nouvelle intervention chirurgicale me semblait impossible et sans but ; l'état général était fort précaire, la sensibilité et le continuel suintement de l'ulcération rendaient à cette pauvre femme la vie des plus pénibles.

Le traitement radiothérapique débuta le 10 mai 1904. En voici les notes que M. Béclère a bien voulu me remettre :

« A ce moment, ulcération de 2 centimètres de large et 6 centimètres de long sur la cicatrice. Cinq à six noyaux indurés disséminés au pourtour, dont quatre au moins en voie d'ulcération. Séances hebdomadaires (10, 17, 24, 31 mai, 7, 14 juin) (6 séances).

« Le 19 juillet la plaie est complètement fermée.

« 25 juillet : irradiation de deux points indurés.

« En août, je confie la malade au Dr Haret.

« Séances les 2, 9, 23 août, 13, 20, 27 septembre (6 séances).

« Je reprends le traitement en octobre. Séances les 3, 10, 19, 26 octobre, 2 novembre (5 séances).

« La malade actuellement n'a plus d'ulcération. Je ne la considère cependant pas comme complètement guérie, elle conserve

encore un tout petit noyau d'induration intra-cutanée. Ces noyaux fondent et disparaissent sous l'influence de la radiothérapie, mais il en revient d'autres dans le voisinage. C'est comme une mauvaise herbe qui repousse à mesure qu'on l'arrache. La malade doit continuer à être surveillée et traitée tant qu'il reparaît un noyau d'induration, si minime soit-il.

« La quantité de rayons absorbé par la surface cutanée à chaque séance n'a jamais été inférieure à 3 H (unités Holzknecht) et n'a jamais dépassé 5 H ; le plus souvent elle a été de 4 H. »

Note sur la radiothérapie appliquée aux néoplasmes du sein,

par M. A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Depuis seize mois, le nombre des femmes atteintes de néoplasmes du sein que j'ai eu l'occasion de soumettre à la radiothérapie s'élève au nombre de quarante-cinq. A dessein, je laisse de côté les malades du même genre qui, à l'hôpital Saint-Antoine, ont été traitées par mon chef de laboratoire, pour m'occuper seulement des femmes, malades d'hôpital ou malades de ville, que j'ai traitées moi-même. Les observations recueillies dont je vous épargnerai le détail, sans permettre encore des conclusions définitives, fournissent cependant quelques résultats intéressants qui m'ont paru digne de vous être présentés.

Je m'empresse de vous dire tout d'abord qu'aucune de ces quarante-cinq malades n'a été privée par la radiothérapie du bienfait de l'intervention chirurgicale, puisqu'elles m'ont été adressées sans exception, soit directement par le chirurgien lui-même, c'est le cas le plus fréquent, soit par leur médecin après qu'un chirurgien consulté avait déconseillé toute opération.

Dans une première catégorie, la plus nombreuse puisqu'elle comprend vingt-cinq malades, je range les cas de récidive que le chirurgien, après une ou plusieurs interventions, refuse d'opérer à nouveau.

Dans cette catégorie, la région mammaire peut présenter des aspects très différents.

Tantôt la récidive se présente sous la forme de noyaux indurés du derme, limités à la cicatrice opératoire ou disséminés autour d'elle dans une plus ou moins grande étendue. Ces foyers de récidive dans le derme, quel que soit leur nombre, leur épaisseur et leur étendue, disparaissent presque toujours assez rapidement sous l'influence de la radiothérapie. Ils disparaissent par un processus de résorption graduelle, et il n'est nullement nécessaire à

leur disparition que la peau devienne le siège d'une réaction inflammatoire. Quand cette réaction survient, elle témoigne seulement de l'intensité de la dose de rayons qui a été donnée.

Tantôt l'induration de récidive au lieu d'être intra-dermique est sous-cutanée et se présente soit sous la forme de nodosités disséminées, mobiles entre le tégument et la cage thoracique, soit sous la forme d'une nappe immobile plus ou moins étendue. Tant que les nodosités sous-cutanées sont encore peu volumineuses, la radiothérapie les fait résorber sans irritation de la peau qui les recouvre, comme les noyaux intra-dermiques. Chez une femme de soixante-huit ans, opérée trois fois par M. le Dr Mesnil, d'Étampes, et que je soigne depuis le mois de mai, j'ai vu disparaître en majeure partie et j'espère voir bientôt disparaître complètement une induration sous-cutanée en nappe de toute la région sous-claviculaire. Cette malade souffrait avant le traitement de douleurs assez vives pour nécessiter des injections de morphine ; elles ont complètement cessé depuis la première séance.

Dans tous ces cas où la peau n'est pas ulcérée, la technique de la radiothérapie tient dans les deux règles suivantes que j'ai déjà formulées devant la Société de Dermatologie (1).

1° Faire absorber à chaque séance la quantité de rayons maxima compatible avec l'intégrité du tégument;

2° Mettre entre les diverses séances l'intervalle de temps minimum compatible avec l'intégrité du tégument.

Conformément à ces règles, il est difficile de dépasser par séance la dose de 4 H (unités Holzknecht) et de mettre entre deux séances consécutives moins d'une semaine d'intervalle.

Tantôt enfin, la peau est ulcérée. Souvent, c'est une ulcération assez superficielle de la cicatrice, comme chez la malade que M. Lejars vient de vous présenter et dont vous avez vu la photographie stéréoscopique avant le traitement. Ce sont, dans d'autres cas, des ulcérations multiples, recouvertes de bourgeons fongueux et saignants comme chez une femme que m'avait adressée M. Gosset. Ou bien c'est un ulcère profond, de grandes dimensions, à bords durs et surélevés, à fond inégal, noirâtre, sanieux et fétide comme chez une malade de mon collègue M. Bruhl, qu'avait opérée le professeur Terrier.

Toutes ces formes diverses d'ulcérations sont justiciables de la radiothérapie et peuvent guérir sous son influence. Il est de règle que la guérison s'accompagne d'une notable amélioration de l'état général comme si le traitement, en faisant disparaître les

(1) Le dosage en radiothérapie et son tracé graphique, *Société de Dermatologie*, 11 avril 1904.

lésions locales, tarissait une source de poisons. Comme exemple de guérison, je vous citerai d'abord la malade de M. Lejars; vous venez de voir qu'il n'existe plus chez elle aucune trace d'ulcération. Comme autres exemples de guérison locale, je citerai aussi les deux autres malades auxquelles je faisais tout à l'heure allusion. Voici en quels termes je présentais la première, en avril dernier, à la Société de Dermatologie : « Je vous présente maintenant une femme de cinquante-huit ans qui m'a été adressée par mon collègue le Dr Gosset et qui, dans le service de M. le professeur Terrier, a subi, à un an d'intervalle, en juin 1902 et en juillet 1903, deux opérations pour un néoplasme du sein gauche. Ce néoplasme, dont le début apparent remonte au mois de février 1902, a récidivé après chaque opération. Sa photographie stéréoscopique que voici représente la malade au début du traitement, le 16 décembre 1903. Elle montre la moitié gauche de la face antérieure du thorax, depuis le sommet de l'aisselle jusqu'au rebord des fausses côtes, parsemée de fongosités surélevées, plus ou moins volumineuses qui saignent au moindre contact.

« A ce moment, la malade souffre jour et nuit, elle ne dort jamais plus d'une heure sans être éveillée par de vives souffrances, elle a maigri, perdu ses forces, et s'alimente avec peine faute d'appétit. Voyez aujourd'hui quelle transformation : le visage est bon, la malade a recouvré le sommeil et l'appétit, elle a gagné 2 kilogrammes et ne ressent plus que quelques rares et très légères douleurs. Quant aux végétations fongueuses, elles ont complètement disparu, et, comme vestiges du passé, vous constatez qu'il n'existe plus à la surface de la peau de la région mammaire que deux ou trois petites croûtes sèches et des squames épidermiques brunâtres en voie de détachement. C'est un succès inespéré; on ne peut cependant affirmer encore la guérison définitive; si légères et si rares que soient ses douleurs, elles n'ont pas complètement disparu et la circonférence du bras gauche dépasse de 2 centimètres celle du bras droit; c'est de quoi faire craindre l'existence de ganglions profonds de l'aisselle encore en état d'évolution morbide. »

La suite montra combien étaient justifiées ces réserves, en dépit de la guérison locale. Au mois de juin suivant, la malade entrait dans mon service, amaigrie, jaunie, dyspnéique, avec tous les signes d'un épanchement pleurétique gauche; elle devenait ictérique, mourait dans le coma et l'autopsie révélait avec des noyaux cancéreux du feuillet pariétal de la plèvre gauche une transformation carcinomateuse de presque tout le tissu hépatique.

Chez la malade de M. Bruhl, opérée antérieurement par le professeur Terrier, l'ulcère en octobre 1903 au début du traitement ne

mesurait pas moins de 10 centimètres de diamètre. Sous l'influence de la radiothérapie les bords s'affaissèrent et s'aplanirent, l'odeur fétide et la sécrétion sanieuse disparurent en même temps que cessaient les douleurs et les hémorragies, le fond se détergea, prit bon aspect, et, trois mois après le début du traitement, il n'existait plus qu'une érosion de 2 centimètres de diamètre, de niveau avec le tégument. Cette petite érosion dont le fond adhérait aux parties profondes mit d'ailleurs très longtemps à céder; c'est seulement en août qu'on en obtint la cicatrisation complète. La malade qui ne souffrait plus, qui mangeait et dormait bien, dont le facies était florissant et l'état général excellent se croyait complètement guérie et de fait la guérison locale était parfaite. En octobre la malade maigrit, pâlit devint dyspnéique en même temps que l'examen du thorax révélait des signes d'adénopathie médiastine : elle s'éteignit doucement après avoir conservé pendant des mois la bienfaisante illusion d'être à tout jamais délivrée de son affreuse et douloureuse maladie du sein.

Parmi les vingt-cinq malades, atteintes de récidive, après opération, que j'ai traitées, huit au moins sont mortes et quelques-unes très rapidement, mais il n'en est pas une qui n'ait retiré de la radiothérapie une amélioration locale plus ou moins complète, plus ou moins durable.

Chez les femmes dont la récidive est limitée à la peau, ou siège à une faible profondeur au-dessous de la peau, la disparition des lésions locales peut être considérée comme une guérison, du moins temporaire. Ce qui fait la gravité du pronostic dans les autres cas, ce qui cause la mort en dépit de la guérison locale, ce ce sont les localisations secondaires du néoplasme dans les ganglions profonds. La radiothérapie ne les favorise nullement comme on l'a dit sans preuves, mais elle arrive souvent trop tard pour les prévenir et ne peut les modifier quand elles existent, car son action demeure toujours toute locale et, pour des raisons exclusivement physiques, si elle est capable, au travers de la peau saine et sans l'irriter, d'agir favorablement, comme je vous l'ai démontré dans une précédente séance, sur un néoplasme sous-cutané, cependant son action curative ne peut pas s'exercer sur ce néoplasme au delà d'une profondeur de 4 à 5 centimètres au maximun même avec la meilleure technique et les dispositifs spéciaux recommandés en pareil cas.

Pour conclure, je dirai que pour tous les néoplasmes du sein récidivés après opération, la radiothérapie est indiquée avec des chances de succès d'ailleurs très inégales. Les indurations cutanées, sous-cutanées et les ulcérations même du plus mauvais aspect constituent des cas beaucoup plus favorables que ceux où la peau

est intacte, où l'aisselle ne contient aucun ganglion appréciable, mais où l'œdème du bras témoigne d'une lésion profonde, ganglionnaire ou autre, comprimant les vaisseaux sous-claviers ; mieux vaut encore avoir affaire à des ganglions de la base du cou qui, plus superficiellement placés, sont plus accessibles au traitement.

Les facteurs capitaux au point de vue du pronostic sont la localisation plus ou moins étroite de la récidive, son siège plus ou moins superficiel, sa marche plus ou moins rapide et la date plus ou moins précoce de l'intervention thérapeutique. C'est dire qu'on ne saurait surveiller trop attentivement après l'ablation d'un néoplasme du sein la région opérée ni commencer trop tôt la radiothérapie au moindre soupçon de récidive. Sans doute même vous jugerez que mieux vaudrait ne pas attendre la récidive visible et chercher, en faisant un traitement préventif, à détruire par la radiothérapie les éléments néoplasiques encore impalpables et invisibles qui ont pu échapper à l'ablation. Il serait bon, en ce cas, d'irradier soigneusement non seulement le champ opératoire, c'est-à-dire la région mammaire et la région axillaire, mais encore la région sus-claviculaire, comme je le fais habituellement dans les cas de récidive.

J'arrive maintenant à une seconde catégorie de cas, à ceux que le chirurgien a jugés inopérables soit en raison des caractères du mal, de son extension trop grande, ou de sa forme fibreuse et de son évolution très lente, soit en raison de l'âge de la malade, de l'état de son cœur, de ses reins, de son foie ou pour plusieurs de ces motifs réunis. J'ai traité quinze malades dans ces conditions, pour la plupart atteintes de la forme squirrheuse à évolution lente, et presque toujours elles ont retiré de la radiothérapie un bénéfice appréciable. Localement les noyaux intradermiques quand il en existait ont disparu, les ulcérations se sont détergées, ont pris meilleur aspect, ont diminué d'étendue sans cependant guérir toujours complètement, en un mot les lésions cutanées se sont comportées comme dans les cas de récidive. Quant à l'induration mammaire primitive elle a presque toujours notablement diminué de volume en même temps qu'elle prenait une consistance plus dure et devenait plus nettement circonscrite, plus distincte des tissus avoisinants, mais je ne l'ai pas encore vue complètement disparaître ; et même après une période relativement assez rapide de diminution de volume et d'amélioration locale, il semblait qu'il ne fût plus possible d'obtenir davantage. On peut en dire autant des ganglions du voisinage. Ce qui est remarquable, c'est l'amélioration de l'état général, le plus souvent avec augmentation du poids du corps, qui accompagne la diminution de volume et l'induration plus accentuée de la tumenr mammaire. En résumé, dans

ces formes à évolution lente, la radiothérapie paraît favoriser et accentuer la tendance à la sclérose qui se montre déjà comme un processus de défense de l'organisme; si elle ne donne pas la guérison complète, elle semble bien retarder les progrès de la maladie et l'arrêter temporairement dans sa marche. Dans tous les cas de néoplasmes du sein jugés inopérables, la radiothérapie est, je crois, indiquée, sans qu'il existe à son emploi aucune contre-indication tirée de l'état local ou de l'état général.

Il me reste enfin une dernière catégorie de cas fort peu nombreux où en présence d'un néoplasme au début, très limité, survenu chez une malade craintive, le chirurgien lui-même m'a demandé de tenter d'abord la radiothérapie en se réservant d'opérer si après deux mois de traitement, c'est le délai minimum nécessaire à cet essai, il n'y avait pas d'amélioration notable et certaine.

J'observe des cas de ce genre depuis trop peu de temps et en trop petit nombre pour avoir pu me former uue opinion ferme à leur sujet.

Je me contente donc de conclure que dans tous les cas de néoplasmes du sein, récidivés après l'intervention chirurgicale ou jugés inopérables, la radiothérapie est le traitement de choix, capable de donner une guérison locale, d'améliorer l'état général, de prolonger la vie, tout au moins d'en alléger les dernières souffrances et d'en soutenir les dernières illusions.

M. Pierre Delbet. — Je demanderai à M. le président de bien vouloir me permettre de poser une question à M. Béclère.

M. Béclère a-t-il une technique spéciale pour l'application des rayons de Rœntgen au traitement des cancers? Je lui pose cette question, parce que les résultats que je vois ne sont malheureusement pas aussi bons que ceux qu'il nous présente.

Je ne parle pas des épithéliomes cutanés superficiels, des cancroïdes, ceux-là nous savons qu'on peut les guérir. Ce sont surtout les cancers du sein que je vise. Je songe particulièrement à deux malades. L'une avait été opérée deux fois. Elle était en pleine récidive lorsque je l'ai vue, et la récidive très étendue affectait la forme en cuirasse. La radiothérapie a donné une amélioration si légère qu'on pouvait la mettre en doute. L'autre malade avait subi l'amputation des deux seins. Elle avait d'un côté une récidive sous forme de noyaux, qui en devenant confluents évoluaient vers la cuirasse. Ces noyaux étaient dermiques ils étaient non pas sous-cutanés, mais vraiment sous-épidermiques, par conséquent très superficiels. Au début, ils ont paru légèrement améliorés par les rayons X, puis malgré la continuation de la radiothérapie, ils se sont mis à s'étendre, à se mul-

tiplier, il s'est fait de la généralisation pleuro-pulmonaire avec un gros épanchement pleural et la malade a succombé.

En somme je n'ai rien vu qui ressemble aux résultats si encourageants que nous communique M. Béclère. C'est pour cela que je lui demande s'il opère d'une manière spéciale. Je lui serais personnellement très reconnaissant s'il voulait bien nous indiquer sa technique afin que je puisse la faire suivre au service radiographique de la maison Dubois.

M. Béclère. — La technique est en effet fort importante. Mais sur ce point le plus grand progrès a été réalisé par Holznecht. Et la moyenne des séances doit être l'absorption de 4 H.

M. Tuffier. — Les observations et les pièces que vient de nous montrer M. Béclère sont fort intéressantes et démontrent l'action incontestable et incontestée des rayons X sur les épithéliomas du sein. Après avoir eu plusieurs accidents de radiodermite provoquée par des mains inexpérimentées alors que l'emploi des disques de Holznecht, n'était pas généralisé ; nous avons depuis plusieurs mois fait soumettre aux rayons X, un certain nombre de malades par M. le D[r] Haret, assistant de M. Béclère. En dehors des faits *d'hépithéliomas cutanés* pour lesquels, je crois, la radiothérapie n'a plus à faire ses preuves, voici les résultats que nous a donnés son application *aux cancers du sein.*

Je distinguerai deux cas, les cancers *non ulcérés* et les *ulcérations cancéreuses.* Les premiers lorsqu'ils siègent en pleine glande ne sont pas modifiés très sensiblement. Les *noyaux cutanés* au contraire et surtout les noyaux secondaires *cutanés* disparaissent très rapidement sous son influence. Les ulcérations larges du cancer squirrheux ou les ulcérations cutanées secondaires, subissent une modification extrêmement curieuse. La partie superficielle de l'ulcération perd peu à peu ses caractères d'épithélioma et est remplacée par une surface bourgeonnante de bon aspect et le fait absolument remarquable c'est la formation d'*un épithélium normal* et d'une cicatrice remplaçant bientôt cette ulcération. C'est là vraiment le fait de physiologie pathologique qui m'a paru le plus étonnant et le plus manifeste dans cette thérapeutique. Mais, je le répète, cette guérison apparente ou réelle est superficielle et rien ne prouve que les *parties profondes* aient subi la même évolution favorable. Voici même les preuves du contraire. Sur une de ces cicatrices d'un noyau secondaire en apparence guéri et que nous avons enlevé, M. Borrel a trouvé à la partie profonde des noyaux cellulaires cancéreux. Sur une malade traitée par M. Haret et présentant une surface cutanée cicatricielle et une guérison non

moins apparente, j'ai fait enlever par mon élève et ami M. Desfosses la cicatrice et les tissus sous-jacents et, dans la partie profonde, M. Pautrier chef de laboratoire à Lariboisière, qui avait bien voulu se charger de l'examen, a trouvé une infiltration cancéreuse de la région profonde. Comme nous le disait M. Béclère cette thérapeutique n'arrête en rien les propagations ganglionnaires ou viscérales car cette malade présente actuellement tous les signes d'une adénopathie cancéreuse intra-thoracique.

Ces réserves faites, et je ne doute pas qu'avec des perfectionne ments successifs, elles ne tombent, je m'empresse de reconnaître qu'en supprimant ces larges ulcérations cancéreuses, la radiothérapie rend les plus grands services au malade et j'accepte, à titre préventif de récidive, après les opérations pour cancer, la *radiation post-opératoire des cicatrices*, c'était d'ailleurs une de mes conclusions au dernier congrès de chirurgie.

M. Reynier. — Je voudrais également citer quelques faits de radiothérapie et demander à M. Béclère son opinion sur l'influence des rayons X pour les tumeurs au début.

M. le Président. — Je ne puis prolonger cette discussion qui pourra se continuer dans la prochaine séance.

Épithélioma du côlon descendant. Résection de l'intestin. Entérorraphie circulaire. Guérison datant de vingt mois.

par M. le Dr GUILLET, professeur à l'École de Médecine de Caen, correspondant national.

La discussion, actuellement en cours sur les résections du gros intestin, m'engage à vous communiquer un fait de résection du côlon descendant pour épithélioma.

Le nommé M..., ouvrier tanneur demeurant à Aunay-sur-Odon, âgé de cinquante-cinq ans, vient me consulter au commencement de mars 1902.

Depuis deux mois cet homme a eu à diverses reprises des hémorragies intestinales, que son médecin attribue à des hémorroïdes. Il ne ressentait aucune douleur dans l'abdomen et allait assez régulièrement à la garde-robe, lorsqu'il y a cinq ou six jours il fut pris de violentes coliques avec ballonnement du ventre et impossibilité de rendre ni matière, ni gaz par l'anus. Cette crise, qui s'accompagna de vomissements alimentaire et bilieux dura environ vingt-quatre heures au bout desquelles il commença à rendre quelque gaz et put enfin avoir une selle assez abondante, avec une notable proportion de sang.

Depuis lors les garde-robes sont régulières, mais un peu douloureuses; et elles contiennent chaque fois une légère proportion de sang.

Le malade, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, est un homme petit et maigre. Il a maigri, un peu, dit-il, depuis quelques mois; ses forces ont un peu diminué; il a cependant pu continuer son métier pénible jusqu'à la dernière semaine, qui précéde sa visite-

L'abdomen est plat, facile à examiner. Il n'existe nulle part d'empâte. ment, de masse appréciable à la palpation. Mais celle-ci fait reconnaître l'existence d'une douleur nettement localisée à la partie inférieure du flanc gauche. Pas d'hémorroïdes. Toucher rectal négatif. Rien par ailleurs.

Diagnostic : néoplasme probable du gros intestin, siégeant au niveau du flanc gauche.

Opération le 15 *mars* 1902. — Laparotomie médiane. Le palper fait reconnaître l'existence d'une petite tumeur siégeant sur le côlon descendant un peu au-desssus de l'S iliaque. L'anse est facilement attirée en dehors du ventre.

Résection de 7 à 8 centimètres d'intestin.

Entérorraphie circulaire à double plan avec de la soie fine.

Suites opératoires excellentes. — Dès le lendemain émission de gapar l'anus, aucune douleurs pas de fièvre.

Le malade sort de la clinique au bout de trois semaines. J'ai eu occasion de le revoir plusieurs fois depuis son opération, la dernière fois il y a environ un mois, il va bien, n'éprouve aucune difficulté pour aller à la garde-robe et n'a plus eu d'hémorragie. Le ventre est souple nullement sensible; on ne sent aucun empâtement.

L'état général est bon.

L'*examen histologique* de la pièce, fait par le Dr Gosselin, a démontré qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé. Celui-ci se présentait avec la configuration suivante : la tumeur du volume du pouce était implantée sur la paroi du côlon sur une étendue d'environ 3 à 4 centimètres et faisait une saillie notable dans le canal intestinal; elle présentait une hauteur de 4 à 5 centimètres. On comprend que cette saillie ait pu gêner le passage des matières et des gaz et déterminer une crise légère d'occlusion qui a amené le malade à se consulter à une époque, à laquelle l'opération pouvait être faite dans de bonnes conditions.

Sur le mécanisme de propagation du cancer.

M. Tuffier.— Je viens vous communiquer au nom de M. Borrel, de l'Institut Pasteur, et au mien un fait anatomo-pathologique ayant trait à un mécanisme de propagation du cancer. Si je prends la parole ici et sur une constatation d'histologie, c'est qu'elle pourra peut-être donner lieu à quelques données pratiques.

Le processus suivant lequel se propagent les tumeurs épithéliales, soit avant, soit après nos opérations, a été précisé; c'est ainsi que pour les cancers non opérés nous connaissons très bien l'évolution des lymphangites cancéreuses superficielles et profondes; nous savons également qu'après nos opérations les greffes

dans la cicatrice ou dans la peau au voisinage de cette cicatrice ou enfin au niveau du passage des points de suture ne sont pas rares; un certain nombre de faits démontrent même les greffes d'épithéliomes sur des régions symétriques et en contact continu. Je laisse de côté tous ces modes de propagation. Et la variété des noyaux cancéreux secondaires à laquelle je vais faire allusion a trait à ce que nous appelons *le semis du cancer*, *la graine du cancer*, que nous avons tous rencontré au voisinage d'une cicatrice après une ablation du sein par exemple.

Lorsqu'on examine ces nodules on voit que leur distribution topographique ne correspond ni à une distribution de lymphatiques ni à une distribution de vaisseaux ou de nerfs. Leur semis est extrémement capricieux, ils sont séparés les uns des autres par des lambeaux de peau absolument saine. Ils occupent cependant le voisinage du foyer principal ou de sa cicatrice et semblent siéger plus souvent au-dessous qu'au-dessus de la région mère.

Lorsqu'ils sont petits ils sont exclusivement cutanés; ils n'envahissent que secondairement et lorsqu'ils sont assez volumineux les tissus sous-jacents; je dirai même que c'est à leur siège intradermique que l'action des rayons X doit dans ces cas son efficacité apparente ou réelle. Ces noyaux sont le plus souvent consécutifs à des lymphangites cancéreuses dermiques méconnues; nous croyons cependant qu'ils peuvent reconnaître une autre origine.

C'est dans un cas de ce genre que nous avons fait nos constatations. Cancer du sein, opéré par ablation large et évidement d'aisselle; un an après la cicatrice est intacte, l'aisselle est souple et indolente, le creux sus-claviculaire est normal, il n'existe aucun signe d'une généralisation quelconque; noyau de l'extrémité inférieure de la cicatrice, ulcération de ce noyau. Le malade applique à la surface un simple mouchoir qu'il coud à la chemise. Un an après, ces noyaux sont de volume variable, les uns sans changement de la coloration de la peau, les autres rosés: mais ils sont tous dans l'épaisseur du derme. Dans ces conditions je pratique une extirpation large de la cicatrice et de la peau voisine; ce sont les nodules de cette peau qui furent examinés en différents points mais dans la plupart de ces nodules les lésions étaient tellement avancées que le processus d'envahissement ne put être précisé. C'est d'ailleurs l'échec que nous avions constamment essuyé depuis que notre attention était attirée de ce côté. Mais le fait intéressant est l'examen d'une région cutanée où commence à apparaître un de ces petits noyaux et voici ce que la coupe microscopique fait constater.

Ces coupes sont celles d'un *carcinome secondaire* de la peau

consécutif à un cancer du sein. Il est constitué par des alvéoles carcinomateux de volume variable, situés soit au milieu d'un tissu conjonctif assez dense, soit au milieu du derme peu modifié. Il n'existe donc à ce point de vue rien de particulier et le fait est d'observation assez commune dans le cancer du sein.

Toutefois il existe ici un fait digne de remarque. Lorsque l'on examine un cancer secondaire de la peau, on voit que l'épiderme de revêtement, *les follicules* et *les glandes* ne sont pas en connexion avec les masses néoplasiques. Ici rien de semblable, et sur des coupes passant au niveau d'un follicule pileux, on constate que son enveloppe épithéliale est notablement épaissie, et loin d'être séparée des alvéoles carcinomateux par une zone de tissu conjonctif elle se continue directement avec elle, par l'intermédiaire d'épaisses travées épithéliales, qui partent en rayonnant de la périphérie du follicule. On peut donc penser, avec beaucoup de vraisemblance, que dans ce cas l'épithéliome secondaire de la peau, au lieu de s'être fait par une sorte d'embolie néoplasique rétrograde par les lymphatiques, a eu une origine *externe*, et s'est inoculé par le follicule *pileux*. Au niveau de l'épiderme de revêtement on ne trouve nulle part ailleurs de connexion nette entre les cellules cancéreuses et les cellules épithéliales normales.

Voici deux dessins pris sur cette préparation et d'ailleurs je remets ces préparations elles-mêmes à la disposition des membres de la Société qui voudraient les examiner.

Cette voie de pénétration n'a pas lieu de nous étonner car nous savons dans tous les laboratoires que pour pratiquer facilement une inoculation dans la peau, le procédé habituel consiste à épiler l'animal à ce niveau et à étaler la substance nocive à la surface de la peau dépourvue de poils; on a pu suivre dans ces cas le mode de pénétration dans le follicule pileux et sa propagation de là aux lymphatiques et aux régions voisines.

Dans les néoplasmes du sein, à côté des propagations cancéreuses bien connues dans leur mécanisme, il faut réserver une place pour une greffe cutanée qui, déposée sur l'épiderme, pénétrerait l'organisme en passant par les follicules pileux. Les cellules fécondées ou infectées prolifèrent d'abord dans le follicule puis rompent par effraction sa membrane limitante profonde et envahissent le derme. Je ne sais la fréquence de ce mode de propagation, les recherches ultérieures l'établiront. Peut-être serait-il bon de se prémunir contre ces greffes en isolant l'épiderme voisin de l'ulcération cancéreuse par une substance cytotoxique, pyoctanine, fuchsine, teinture d'iode, ou par une substance grasse. Un badigeonnage de la peau voisine du champ

opératoire avant ou après nos opérations n'aurait aucun inconvénient et pourrait peut-être mettre à l'abri de ce mode de récidive.

M. Lejars. — Les faits de M. Tuffier me semblent intéres-

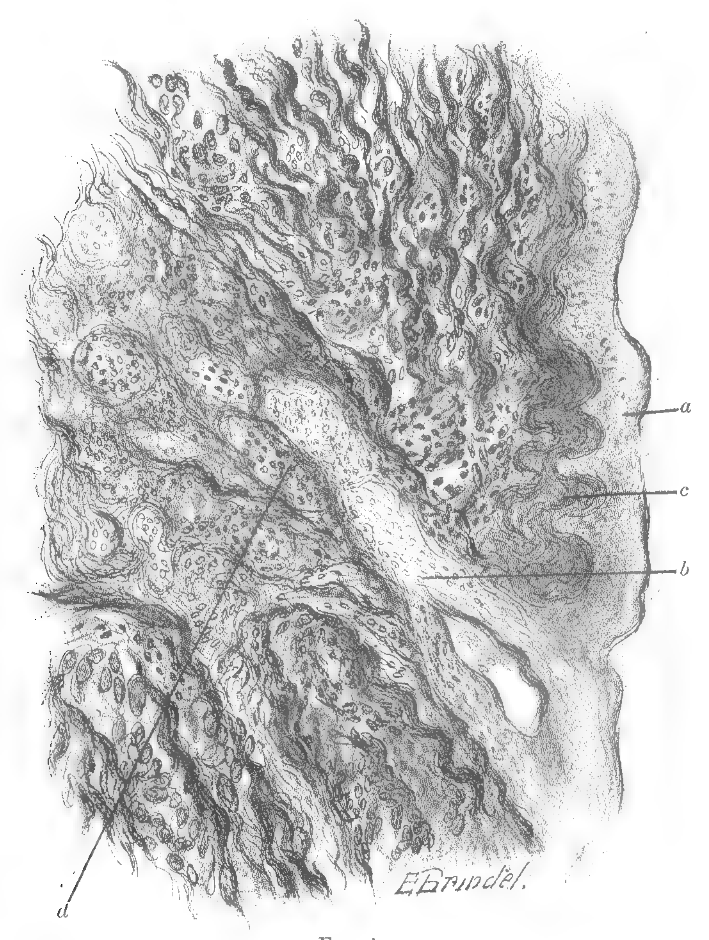


Fig. 1.

a, Épiderme normal du thorax séparé par le derme (*c*) des alvéoles carcinomateux.

b, Follicule pileux avec son revêtement épidermique, directement en contact avec les cellules à type glandulaire qui constituent les alvéoles carcinomateux.

d) Alvéole carcinomateux.

sants et seraient de nature à nous révéler peut-être un des modes d'inoculation du cancer, au cours même de l'opération.

Mon ancien interne, M. Levesque, a étudié ces inoculations opératoires dans sa thèse (1), et, à plusieurs reprises, nous avons constaté l'existence de ces petits noyaux, disséminés des deux côtés de la cicatrice, et surtout abondants à la partie inférieure. Sans doute ils correspondent souvent aux points de suture; mais

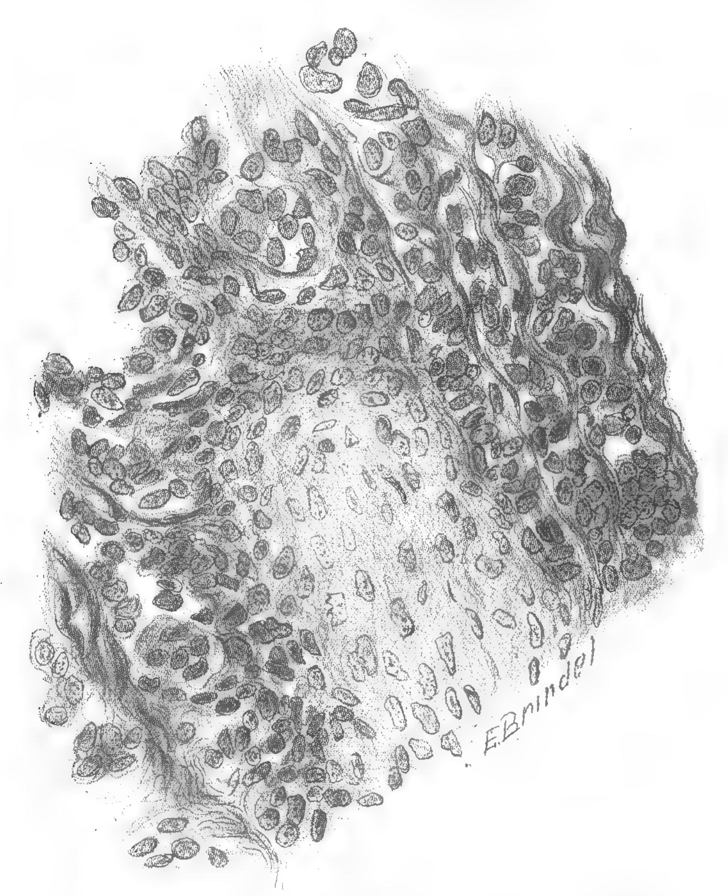


Fig. 2. — Même coupe au niveau du revêtement épithélial du follicule.

On voit nettement que les cellules cancéreuses se continuent et empiètent sans démarcation précise, sur le revêtement épidermique du poil.

la pénétration du « virus cancéreux » dans les follicules pileux, au cours de l'intervention ou des lavages qui la précèdent (lors de tumeur ulcérée), pourrait aussi, en admettant que l'interpréta-

(1) Levesque. — « Contribution à l'étude des inoculations opératoires du cancer ». — *Thèse de Paris*, 1903.

tion de M. Tuffier se vérifie, donner l'explication de quelques-unes de ces récidives nodulaires cutanées.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Lejars nous parle d'inoculations cancéreuses qui se sont faites dans des points de suture. C'est un fait malheureusement bien connu.

La greffe des cellules cancéreuses sur le malade qui porte le cancer initial est incontestable. Elle est fréquente. J'ai même donné comme caractéristique du cancer la possibilité pour les cellules épithéliales néoplasiques de vivre en plein tissu cellulaire.

Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit. M. Tuffier a étudié la manière dont se font ces inoculations, et il nous dit que dans certains cas, les cellules cancéreuses pénètrent de dehors en dedans dans les bulbes pileux, qu'elles s'y développent et envahissent ensuite le tissu conjonctif.

Je n'ai pas pu étudier les préparations de Tuffier, puisque nous n'avons pas ici de microscope; je ne puis donc juger que par les dessins.

Sur l'un d'eux, on voit un bulbe pileux dont la paroi profonde est détruite et des cellules dont les unes sont dans le bulbe et les autres autour de lui.

Je demande à mon ami Tuffier quelles sont les raisons qui lui permettent d'affirmer que les cellules se sont développées d'abord dans le bulbe pileux pour pénétrer ensuite dans le tissu conjonctif. N'est-il pas tout aussi légitime de supposer qu'elles ont d'abord évolué dans le derme pour pénétrer ensuite dans le bulbe pileux, c'est-à-dire que l'effraction s'est faite en sens inverse de celui qu'il nous décrit?

Si les préparations de M. Borrel sont, à ce point de vue, plus explicites que les dessins, je demanderai à mon ami Tuffier de bien bien vouloir me les confier.

M. Tuffier. — L'objection que vient de nous faire M. Delbet est, bien entendu, la première que nous nous sommes faite à nous-même, puisqu'en face de cette préparation nous devions nous demander : 1° s'il s'agissait bien d'un cancer glandulaire du sein ; 2° si ce cancer s'est propagé de dehors en dedans.

Sur le premier point, la discussion ne paraît pas possible puisque les cellules sont des cellules glandulaires de cancer du sein, et sur le second, c'est précisément parce que nous connaissons les propagations cancéreuses de la profondeur vers la peau, et que la disposition cellulaire constatée dans notre cas n'a rien de semblable, que nous nous sommes arrêté à l'interprétation d'une greffe partant de la peau et allant vers les parties profondes.

D'ailleurs je ne puis que répéter ce que je vous ai dit, les préparations sont à la disposition de tous ceux qui voudront les examiner.

Hydronéphrose intermittente gauche chez une fillette de neuf ans. Urétéro-pyélo-néostomie. Guérison,

par M. BAZY.

Je veux vous lire l'observation de la petite fille de neuf ans que je vous ai présentée dans la dernière séance.

Je vous l'ai présentée à l'appui de la théorie que je soutiens, de l'hydronéphrose intermittente par malformation ou disposition congénitale du bassinet.

Je crois que ce cas plaide en faveur de cette théorie contre celle qui veut rattacher l'hydronéphrose intermittente au rein mobile.

Le rein mobile existe chez l'enfant, mais il n'existe pas au degré que l'on doit considérer comme représentant le rein mobile.

On fait, en effet, chez lui, descendre un peu le rein, mais jamais je ne l'ai vu descendre comme il le fait dans les vrais cas de rein mobile, c'est-à-dire de façon que l'on puisse placer le doigt entre l'extrémité supérieure du rein et le rebord costal. Et ce sont ces cas seuls qui seraient capables de déterminer l'hydronéphrose intermittente.

De plus, cette hydronéphrose siège à gauche, le rein mobile siège de préférence à droite.

M... (Madeleine), âgée de neuf ans, entrée le 29 octobre 1904, sortie le 26 novembre 1904. Salle Huguier, hôpital Beaujon.

Antécédents. — Sa mère a cinq enfants : la malade est le troisième enfant. Tous les autres sont bien portants.

Depuis deux ans, la petite malade a présenté déjà au moins une quinzaine de crises. Ces crises débutaient par des vomissements alimentaires, puis bilieux, accompagnés de violentes douleurs au niveau de l'hypocondre gauche. A la palpation, on ne percevait aucune tuméfaction pendant les premières crises.

A partir du mois d'avril 1904, les crises semblent revenir plus fréquemment. D'avril à juin, la malade a eu au moins cinq crises. Puis pendant deux mois (juillet et août), elle est restée tranquille.

Le 13 septembre a eu une nouvelle crise ; vers le 20 septembre, nouvelle crise ; 27 septembre, nouvelle crise ; 27 octobre, dernière crise.

Mais depuis le mois d'avril, au moment de chaque crise, apparaissait une tuméfaction dans le flanc gauche, visible par la simple inspection, car elle faisait une saillie légèrement appréciable sous le rebord costal gauche en dehors de l'ombilic.

Et, à chaque crise nouvelle, les douleurs devenaient plus vives ; les vomissements étaient alimentaires, puis bilieux.

Mais les parents n'ont pas remarqué de modifications dans le volume et l'aspect des urines émises avant et après les crises.

A la palpation, la tuméfaction était très douloureuse. Pendant les crises, la fièvre semblait élevée. La peau était chaude. La température n'a pas été prise.

Le 27 octobre 1904, dernière crise. Dans l'intervalle, le même m'avait amené son enfant pour me demander mon avis. On ne sentait absolument rien. Je l'ai renvoyé en lui disant de m'amener sa fille lorsqu'elle aurait sa grosseur.

Début à 8 heures du soir. Cependant, dans la matinée, la malade avait ressenti quelques petites douleurs, mais qui ont cessé rapidement. Elle a continué à jouer toute la journée et a uriné une fois seulement. Le soir, brusquement, violente douleur du flanc gauche accompagnée de vomissements. La peau se couvre de sueurs. Démangeaisons insupportables. Tuméfaction apparaît aussitôt.

Le lendemain matin, urine environ 80 grammes.

Sa mère l'amène, comme il avait été convenu, à l'hôpital.

A l'examen, on voit alors une saillie sous le rebord costal gauche atteignant la ligne médiane, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette tumeur est arrondie, du volume du poing ; le doigt mis dans l'espace costo-musculaire soulève facilement la tumeur; de même en appuyant dessus sur l'abdomen, on sent qu'elle a manifestement le contact lombaire. Le pouce peut être mis entre le sommet de la tumeur et les cartilages costaux. La palpation de la tumeur est douloureuse.

Dans la journée, l'enfant a joué, et ne semblait pas souffrir.

De toute la journée n'urine pas. Le 29 octobre, je ne viens pas le matin à l'hôpital. Dans la journée, mon interne me téléphone que la petite malade est arrivée avec une tumeur dans le flanc gauche.

Je vais la voir à 7 heures. Je la trouve dormant et n'ayant pas encore uriné de toute la journée. Je délimite très nettement et très facilement la tumeur ainsi que le montre la ligne noire tracée sur la photographie présentée à la Société. Je délimite la tumeur le soir même.

Le lendemain matin, 30 octobre, je veux faire voir la tumeur aux élèves du service qui ne l'avaient pas vue. Je palpe : elle avait disparu et la petite malade avait uriné 410 grammes.

3 *novembre*. — Opération.

Incision de 12 centimètres environ le long du bord externe du grand droit. L'abdomen ouvert, on écarte le côlon ascendant en dedans et on arrive sur le péritoine postérieur, qu'on incise ainsi que l'aponévrose périnéale. On voit alors le bassinet qui est dilaté et a à peu près le volume d'un gros œuf de pigeon. On le ponctionne et on retire 27 centimètres cubes de liquide. Le bassinet est épais; on cherche l'uretère, on le voit d'abord difficilement. On incise alors le bassinet et on cherche l'orifice de l'uretère; on le cherche profondément et on ne le trouve pas. On revient alors sur la face externe, on le voit et, en tirant dessus, on s'aperçoit qu'il passe en *arrière de vaisseaux qui se rendent au pôle inférieur du rein*. En recherchant encore l'orifice de l'uretère, on voit quatre orifices de calices dilatés, et ce n'est qu'en regardant la direction que paraît suivre l'uretère que l'on découvre son orifice tout à fait au voisinage de l'incision du bassinet. Il se trouve au niveau de l'équateur du rein, laissant au-dessous de lui une grande étendue de bassinet. On introduit un stylet dans l'uretère et, tout le long de ce stylet, on incise le conduit sur une hauteur de 3 centimètres environ. L'orifice nouveau

de l'uretère se trouve être, semble-t-il, au niveau de la partie inférieure du rein. On suture alors la muqueuse de l'uretère à celle du bassinet par sept points de suture au catgut n° 0. On résèque environ la moitié du bassinet, et on le ferme par un surjet au catgut n° 00, sur lequel on met un nouveau surjet comprenant l'aponévrose périnéale. On suture ensuite la capsule périnéale avec le péritoine viscéral au péritoine pariétal, de façon à isoler la loge opératoire de la cavité péritonéale. On met un drain dans cette loge et on ferme par trois plans; catgut pour le péritoine et les muscles, et des agrafes pour la peau. Pansement aseptique. Chloroforme.

3 *novembre* : Opérée.

Volume (liquide de la ponction)	27 cent. cubes.	
Densité	1.012	
Réaction : neutre.		
Aspect : légèrement trouble, un peu de sang.		
Urée	7g17	Par litre.
Chlorures	6 95	Par litre.
Phosphates	0 94	Par litre.

La nuit qui a suivi l'opération, l'enfant se lève et va se promener dans le pavillon. Hématurie légère le 4 et le 5.

6 *novembre*. — 38°2 au soir.

7 *novembre*. — 38 degrés au soir.

9 *novembre*. — 190 grammes d'urine montrant quelques traces de sang.

10 *novembre*. — A cause de l'élévation de la température, on remet le drain, qui, je pense, avait été enlevé trop tôt; il ne s'écoule rien (chlorure d'éthyle); un peu d'empâtement et de douleur lombaire postérieure. Le rein n'est pas dilaté. L'enfant souffre, mal de tête; facies un peu mauvais. On enlève les agrafes.

Dans la journée, à 3 heures, elle urine clair avec quelques filaments de sang. A 8 heures du soir, urines sanguinolentes.

11 *novembre*, à 6 heures du matin. — 135 grammes d'urines nettement sanglantes, avec *caillots anciens et blanchâtres. Chute de la température et des douleurs*. A 3 heures du soir, 125 grammes d'urines sanglantes.

A 5 h. 1/2, 125 grammes d'urines snnglantes. L'enfant est beaucoup mieux.

A 7 h. 1/2, 200 grammes d'urines sanglantes. Cette température, ces douleurs, ce gonflement étaient dus à la rétention de sang dans le bassinet. Du reste, au dire de sa mère, elle aurait eu de la fièvre chaque fois qu'elle avait ses crises.

12 *novembre*. — A 11 h. 1/2, l'enfant urine avec difficulté 175 grammes d'urines sanglantes. A 4 h. 3/4 du soir la miction se fait facilement de 135 grammes d'urines toujours sanglantes.

13 *novembre*. — Dans la nuit, à 4 heures, l'enfant rend 290 grammes d'urines sanglantes. Au matin, état général satisfaisant, 36°6 de température. L'enfant s'asseoit facilement, ne se plaint d'aucune douleur, commence à s'alimenter depuis le 11, ne va à la selle que tous les deux jours, par lavements. Cette constipation n'existe que depuis l'intervention.

14 *novembre*. — A 9 heures, la malade émet 120 grammes d'urines dont la teinte est moins foncée que celle des urines des jours précé-

dents. Les premières gouttes sont à peinte teintées, les dernières sont plus rosées.

16 *novembre.* — A 6 h. 1/4, la malade émet 225 grammes d'urine de teinte normale. Les dernières gouttes seules sont légèrement rosées.

17 *novembre.* — L'urine s'éclaircit progressivement ; seules les dernières gouttes sont encore un peu troubles. La recherche du pus par l'ammoniaque reste négative. L'état général est satisfaisant. L'appétit revient peu à peu.

21 *novembre.* — On enlève tout pansement. La plaie opératoire es complètement cicatrisée.

L'enfant se trouve très bien. La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures augmente régulièrement et atteint 1.350 grammes.

22 *novembre.* — L'enfant se lève pour la première fois.

23 *novembre.* — Elle est présentée à la Société de chirurgie.

26 *novembre.* — Sortie.

Analyse des urines.

30 *octobre.* — Immédiatement après la crise :

	par litre.	en 24 heures.
Volume		400 cent. cubes.
Densité		1.022
Réaction : acide.		
Aspect : limpide, dépôt floconneux.		
Urée	25g 87	10g 34
Acide urique	0 462	0 174
Chlorures	5 05	2 02
Phosphates	4 04	1 616
Albumine : traces.		
Sucre : néant.		

31 *octobre* :

	par litre.	en 24 heures.
Volume		750 cent. cubes.
Densité		1.016
Réaction : acide.		
Aspect : légèrement trouble, dépôt floconneux.		
Urée	18g 31	13g 73
Acide urique	0 331	0 248
Chlorures	3 10	2 32
Phosphates	1 99	1 492
Albumine : traces.		
Sucre : néant.		

1er *novembre* :

	par litre.	en 24 heures.
Volume		360 cent. cubes.
Densité		1.020
Réaction : acide.		
Aspect : trouble, dépôt abondant.		
Urée	20g 62	7g 43
Acide urique	0 397	0 142
Chlorures	4 75	1 71
Phosphates	2 84	1 022
Albumine : léger précipité.		
Sucre : néant.		

2 *novembre* :

	par litre.	en 24 heures.
Volume	430 cent. cubes.	
Densité	1.019	
Réaction : acide.		
Aspect : trouble, de couleur ambrée.		
Urée	16g 65	7g 06
Acide urique	0 376	0 161
Chlorures	5 95	2 55
Phosphates	2 02	0 868
Albumine : traces.		
Sucre : néant.		

3 *novembre* :

	par litre.	en 24 heures.
Volume	630 cent. cubes.	
Densité	1.015	
Réaction : acide.		
Aspect : trouble.		
Urée	10g 76	6g 77
Acide urique	0 294	0 185
Chlorures	6 40	4 03
Phosphates	1 54	0 97
Albumine : traces faibles.		
Sucre : néant.		

10 *novembre* :

	par litre.	en 24 heures.
Volume	155 + 25 = 180 cent. cubes.	
Densité	1.019	
Réaction : alcaline.		
Aspect : très colorée, trouble avec léger dépôt.		
Urée	20g 49	3g 69
Acide urique	?	?
Chlorures	2 25	0 405
Phosphates	2 14	0 385
Sang : réaction positive.		
Mucine : réaction positive.		
Albumine : précipité abondant.		
Pigments biliaires : néant.		
Indican : néant.		
Sucre : néant.		

Présentations de malades.

Tumeur de la dure-mère.

M. Mauclaire. — Deux cas de tumeurs de la dure-mère perforantes avec évolution regressive définitive dans le premier cas et momentanée dans le deuxième. — Rapporteur, M. Beurnier.

Adénome du sein gauche.

M. Demoulin. — Présente une jeune fille de vingt-deux ans, à laquelle il a enlevé un adénome du sein gauche, du volume d'une petite noix siégeant à la partie externe de la glande, à un bon travers de doigt au-dessous du mamelon, par l'incision axillaire, préconisée par Morestin.

— Un premier adénome a été enlevé il y a deux ans, par un jeune chirurgien, qui a fait une incision directe sur l'adénome, d'où une cicatrice disgracieuse.

Bien que la jeune fille en question ne soit opérée que depuis un mois, on voit à peine, aujourd'hui, la cicatrice axillaire, en élevant le bras.

— Les manœuvres de l'extirpation des adénomes du sein par l'incision axillaire, sont un peu délicates, mais dès que la capsule de la tumeur a été incisée, l'adénome vient facilement avec une traction modérée. Les suites opératoires ont été des plus simples, à peine une légère ecchymose, au niveau du point correspondant au siège de l'adénome.

Présentations de pièces.

Tumeur du petit cul-de-sac de l'estomac. Gastrectomie. Procédé de Kocher.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce provenant d'une résection du petit cul-de-sac de l'estomac et du pylore pratiquée hier.

Il s'agit d'une tumeur probablement bénigne d'après l'avis du professeur Cornil. Elle constituait une saillie grosse comme une mandarine insérée sur le bord supérieur du petit cul-de-sac, recouverte d'une muqueuse épaissie mais non ulcérée. Sa coupe resemble à celle d'un myxome. L'examen microscopique et l'observation vous seront communiquées ultérieurement.

Il s'agissait d'une femme encore jeune souffrant de troubles digestifs depuis quelques mois avec des signes de sténose prépylorique peu accentués sans hématémèses et dont le suc gastrique accusait une hypochlorhydrie considérable, de telle sorte que nous pensions à une tumeur maligne.

Décollement intra-articulaire complet de l'épiphyse humérale inférieure.

M. Broca. — Je vous présente une épiphyse humérale inférieure que j'ai extraite il y a deux jours chez une fille de neuf ans et demie, atteinte depuis trois mois et demi d'une fracture du coude mal soignée et raidie en extension presque complète, d'où membre à peu près inutilisable.

A l'examen clinique, il était évident que l'olécrane faisait en arrière une saillie exagérée, avec décollement du tendon tricipital, que d'autre part l'épitrochlée était anormalement saillante en dedans. En outre, on sentait en arrière le condyle proéminent et au-dessous de lui la tête radiale à laquelle on communiquait le classique roulement, la pronation et la supination étant bien conservées. Aucune partie de la cupule radiale n'était accessible à la pulpe de l'index. En dedans et en avant, grosse saillie diffuse, un cal certainement, mais certainement aussi, pas de pointe diaphysaire formant bec saillant dans le pli du coude. D'ailleurs, on pouvait communiquer au membre quelques petits mouvements alternatifs de flexion et d'extension et on n'avait aucunement la notion que la flexion fût limitée par contact des os de l'avant-bras contre un buttoir osseux. A la radiographie, on constate un léger déplacement de la diaphyse humérale en dedans, au-dessus d'un fragment inférieur de très petite hauteur; celui-ci a basculé en arrière, face postérieure devenue à peu près horizontale, bord postérieur resté au contact du bord correspondant du fragment diaphysaire. La région interne est estompée par un cal moins opaque, à limites baveuses.

Comme sous le chloroforme il me fut impossible de rendre au coude ses mouvements, je fis une incision latérale, juste en avant de l'épitrochlée et j'arrivai ainsi dans l'articulation, où je trouvai l'épiphyse intra-articulaire basculée en arrière comme il vient d'être dit, et encore mobile sous la rugine. Je l'ai extraite d'un coup de pince, et je n'ai eu pour cela à couper qu'une mince et étroite bande ligamenteuse, insérée sur la partie externe de la rainure supérieure du condyle. En regardant la pièce, on n'y voit aucune trace d'autre ligament, et il est d'autre part évident que le petit faisceau fibreux condylien a été incapable de produire l'arrachement de l'épiphyse. De toute nécessité, ce décollement doit être de cause directe; l'enfant dit d'ailleurs qu'elle est tombée sur le coude, ce qui, il est vrai, ne prouve pas grand'chose.

Sur la pièce on voit, d'un seul morceau, condyle et trochlée entiers. Il n'y a avec eux ni épitrochlée, ni épicondyle, c'est-à-dire

aucune des deux saillies à insertions ligamenteuses. La cupule cartilagineuse porte au-dessus de la partie trochléenne la plus interne un petit fragment osseux, gros comme un pois chiche.

Présentation d'instrument.

M. Pierre Delbet. — Lors de la discussion sur la narcose par le mélange d'oxygène et de chloroforme administré au moyen de l'appareil Roth-Drœger, M. le professeur Berger fit justement remarquer que le masque qui fait partie de l'appareil ne permettait pas de l'employer dans les opérations qui portent sur la face.

Depuis cette époque, j'ai continué à me servir de l'appareil de Roth-Drœger; j'ai été de plus en plus frappé de ses avantages et je les apprécie si hautement que je ne voudrais plus prendre la responsabilité d'une narcose qui serait faite avec la compresse.

Étant dans cet état d'esprit, je devais naturellement m'efforcer de trouver un dispositif qui permette d'opérer sur la face et même sur la bouche.

Je croyais qu'il serait très simple d'administrer le mélange d'oxygène et de chloroforme par le nez. Rien n'est plus facile que de le faire arriver dans les fosses nasales, mais il est beaucoup plus difficile de forcer les malades à respirer exclusivement par le nez lorsqu'ils sont endormis et surtout lorsque l'opération oblige à tenir la bouche ouverte. Le courant respiratoire s'établit par la bouche et les malades dorment très mal, quand ils ne se réveillent pas complètement.

Aussi ai-je cherché un dispositif permettant d'administrer le chloroforme par la bouche tout en laissant libre la face entière et la plus grande partie de la bouche elle-même.

Voici le petit instrument que j'ai fait construire d'après des moulages de l'isthme du gosier.

Il se place dans le fond de la bouche. Il s'applique en bas sur la langue, en haut sur le voile du palais. Sa face postérieure est creusée de deux petites dépressions latérales qui emboîtent les piliers antérieurs du voile, de telle sorte que l'appareil repose sur eux.

Le tuyau s'adapte sur le tube flexible de l'appareil Roth-Drœger et sert à l'adduction du mélange d'oxygène et de chloroforme.

De chaque côté de ce tuyau, vous voyez un trou muni d'une soupape qui s'ouvre d'arrière en avant. Ces deux trous livrent passage au courant expiratoire.

La manière de se servir de ce petit instrument est fort simple. Pour éviter les réflexes pharyngés, on commence par endormir les malades avec le masque. Lorsqu'ils sont endormis, on tire la langue, et on introduit l'instrument dans la bouche en le tenant par le tube. Il se place de lui-même, les deux petites rainures viennent s'appuyer sur les piliers antérieurs de telle sorte qu'on ne peut l'enfoncer trop loin. On relie le tube au tuyau souple de l'appareil Roth-Drœger et on bouche les narines avec deux tampons de coton. L'inspiration ne peut plus se faire que par le tube adducteur du chloroforme et l'occlusion de l'isthme du gosier est suffisante pour qu'à chaque expiration on voie les deux petits clapets se soulever. La respiration reste parfaitement calme, parfaitement régulière et on peut prolonger la narcose indéfiniment.

Il devient ainsi très facile de faire toutes les opérations qui portent sur la face, sur le nez, sur les lèvres, les maxillaires et même une grande partie de la langue. On a, pour toutes ces opérations qui étaient toujours plus ou moins troublées par l'administration interrompue du chloroforme, la même tranquillité, la même régularité, la même continuité de sommeil que lorsqu'on opère sur un membre. On a en outre les avantages de l'appareil Roth-Drœger.

Quand on opère sur la bouche, l'occlusion de l'isthme du gosier est assez exacte pour que le sang ne puisse pénétrer dans le pharynx, ni par conséquent dans le larynx.

Cette occlusion exacte permet aussi d'employer l'instrument pour donner le chloroforme par le nez. Je disais tout à l'heure que la difficulté quand on veut donner le chloroforme par le nez pour les opérations buccales est d'empêcher les malades de respirer par la bouche ouverte. La palette de l'instrument en obturant l'isthme du gosier résout cette difficulté et empêche la pénétration du sang dans les voies respiratoires. Il suffit d'en boucher le tube ou de le supprimer.

En somme, ce petit instrument permet de maintenir la narcose pendant toutes les opérations qui portent sur la face, le nez, les fosses nasales, les lèvres, les maxillaires, la voûte palatine osseuse et une partie de la langue. Mais on ne peut l'employer pour faire une staphylorraphie, ni pour enlever un polype naso-pharyngien par la voie palatine. Je cherche en ce moment un dispositif qui permette de faire ces opérations en employant l'appareil Roth-Drœger.

Élections.

Nomination de Commissions.

Nomination de la Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membre correspondant étranger.

Nombre de votants : 28. — Majorité : 15.

MM. Richelot	obtient :	28	voix.
Routier	—	27	—
Quénu	—	17	—
Dumoulin	—	24	—
Faure	—	1	—
Chaput	—	1	—
Rochard	—	1	—
Beurnier	—	1	—

En conséquence MM. Richelot, Quénu, Routier et Demoulin sont nommés membres de la Commission.

Nomination de la Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membre correspondant national.

Nombre de votants : 27. — Majorité : 14.

MM. Michaux	obtient :	27	voix.
Chaput	—	27	—
Rochard	—	27	—
Jalaguier	—	26	—
Bazy	—	1	—
Berger	—	1	—

En conséquence MM. Michaux, Chaput, Rochard et Jalaguier sont nommés membres de la Commission.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Marjolin-Duval.

Nombre de votants : 24. — Majorité : 13.

MM. Delbet	obtient :	23	voix.
Lejars	—	23	—
Arrou	—	24	—
Rochard	—	1	—

En conséquence MM. Delbet, Lejars et Arrou sont nommés membres de la Commission.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Laborie.

Nombre de votants : 24. — Majorité : 13.

MM. Schwartz	obtient :	24	voix.
Ricard	—	24	—
Faure	—	24	—

En conséquence MM. Schwartz, Ricard et Faure sont nommés membres de la Commission.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les travaux des candidats au prix Ricord.

Nombre de votants : 28. — Majorité : 15.

MM. Kirmisson	obtient :	26	voix.
Bazy	—	25	—
Rieffel	—	26	—

En conséquence MM. Kirmisson, Bazy et Rieffel sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1904

Présidence de M. Peyrot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Le livre que M. Forgue vient de publier avec la collaboration de M. Jeanbrau sous le titre suivant : *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail.*

M. le Président remercie MM. Forgue et Jeanbrau au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la résection des tumeurs du gros intestin.

M. Henri Hartmann. — Pour faire suite à la communication que je vous ai faite dans la séance du 2 novembre dernier et qui portait sur quatorze cas de résection du gros intestin pour tumeur, je viens vous apporter trois nouvelles observations.

L'une m'est personnelle et a trait à une tumeur cæcale donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale incomplète, que j'ai opérée le 11 novembre dernier. J'ai fait l'ablation de la région iléo-cæcale, la fermeture des deux bouts et une iléo-colostomie latérale, entre la terminaison de l'iléon et le côlon ascendant. La

malade, âgée de trente-deux ans et opérée depuis vingt-six jours, va bien et peut être considérée comme guérie. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose simulant un néoplasme.

Le deuxième a été opéré dans le service du professeur Terrier par son interne un de mes anciens élèves, M. Lecène. Le malade, homme âgé de quarante-trois ans, avait été regardé comme atteint d'appendicite subaiguë avec phénomènes dyspeptiques. Trouvant après ouverture du ventre que tout le cæcum était ratatiné, dur, que l'iléon était distendu, hésitant sur la nature des lésions, M. Lecène fit une opération identique à celle que je pratique ordinairement : Excision, fermeture des deux bouts, iléo-colostomie latérale. Son malade a guéri. Le microscope a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose avec évolution fibreuse.

Le troisième cas plus complexe a trait à un homme de trente-sept ans, atteint depuis son enfance de troubles intestinaux, souffrant depuis un an de crises de coliques violentes et présentant au palper une tumeur dure, lobulée, mobile, s'étendant de la ligne médiane dans le flanc droit. Sur mon conseil, mon ancien élève, aujourd'hui mon collègue, M. Cunéo, se décida à faire la résection de l'intestin. La tumeur occupait l'angle droit du côlon et se fusionnait avec une masse ganglionnaire volumineuse arrivant presque jusqu'à la ligne médiane. Pour extirper les parties malades, M. Cunéo fut obligé de faire une résection étendue du mésocôlon.

Il suivit pour cette résection les principes que j'ai défendus devant vous pour l'ablation des tumeurs du côlon. Après avoir libéré la tumeur de ses connexions, il l'amena au dehors, ferma le ventre, écrasa le bout inférieur et fixa dans le supérieur une canule conduisant le contenu intestinal au dehors à travers le pansement. Pour éviter les risques de gangrène, M. Cunéo avait amené au dehors tout le côlon ascendant et la terminaison de l'iléon si bien que sa résection avait porté sur la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et l'angle droit du côlon. Le malade guérit de l'opération. Le microscope a montré qu'ici encore il s'agissait de tuberculose.

Rapprochés des quatorze faits que nous vous avons apportés le 2 novembre ces trois cas nouveaux nous donnent un total de dix-sept résections du gros intestin avec trois morts.

Ceci dit, je vous demande d'ajouter quelques mots à ma communication du 2 novembre. Cette communication faite, comme vous le savez, *ex abrupto*, sur la demande de notre président, pour suppléer à l'absence des orateurs inscrits, manquait peut-être de précision dans quelques-uns de ses points.

Bien que je lui eusse donné comme titre : Traitement des tumeurs du gros intestin, j'avais visé, comme on le voit à la lecture, les résections du gros intestin proprement dit, dans sa portion étendue d'une fosse iliaque à l'autre, laissant de côté le rectum et la portion de gros intestin qui le continue immédiatement; je m'étais cru en droit de dire que cette question n'avait guère été abordée à notre tribune.

Notre collègue Quénu s'est élevé contre cette phrase et nous a a rappelé toute une série de communications dans le but de rectifier cette assertion qui lui paraissait erronée. Je viens de relire les diverses communications, que M. Quénu a relevées dans nos bulletins, et j'arrive à ce résultat qu'il y a eu, *en tout*, 9 *observations de résections de cancer du gros intestin apportées ici* tant par les membres de la société, que par des chirurgiens étrangers. Ce sont les faits de Lejars, Monod, Routier, Poirier, Imbert (2 cas), Imbert et Gilis, Brin (2 cas). Je ne parle pas de la communication faite par MM. Quénu et Duval sur le cancer du côlon pelvien, bien que M. Quénu nous l'ait rappelée. Elle ne contient que 2 observations; l'une a trait à une tumeur recto-sigmoïde adhérente à l'aileron sacré droit, l'autre à un cancer commençant à 5 centimètres de l'anus. Il est bien évident pour ceux, qui ont lu notre première communication, que je n'avais en vue que des tumeurs plus haut situées.

Je continue donc à dire que cette question n'a jamais été traitée complètement à cette tribune, trouvant que 9 faits isolés, apportés à de longs intervalles, ne constituent pas une base sérieuse à une discussion.

Je désirerais en même temps me disculper d'une deuxième critique que m'a adressée notre collègue Quénu. « Je ne saisis pas très bien, dit-il, l'intérêt d'un englobement dans un même chapitre, des inflammations, de la tuberculose et des cancers. » Il est certain que notre souci doit être de différencier les cas. Malheureusement, en pratique, le diagnostic est souvent difficile et bien que, dès 1891, j'ai, avec mon regretté ami Pilliet, différencié des cancers proprement dits certaines formes de tuberculose simulant les néoplasmes, et jusqu'alors confondus avec eux (1); je continue à trouver que ce diagnostic reste souvent obscur; il m'arrive encore *quelquefois, même les pièces en main*, de ne pouvoir préciser la nature des lésions, que seul le microscope me permet d'établir.

Etant obligé de poser mes indications opératoires sans l'aide du

(1) Hartmann et Pillet. Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région, *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1891, p. 471.

microscope, je suis obligé d'agir en chirurgien et de dire ce que je ferai en présence d'un malade, sans me préoccuper de la nature histologique de la tumeur qui a certes une grande importance et au point de vue scientifique et au point de vue pronostic mais *qui, dans les cas douteux, n'a aucun intérêt au point de vue de la détermination opératoire.*

Avant de terminer, je vous demande la permission de revenir sur la question de l'opération des tumeurs du gros intestin en deux temps.

M. Quénu ne voit là qu'une opération de Volkmann rajeunie. Je ne partage pas son opinion.

Les gros avantages de la résection après extériorisation de la tumeur sont, à mon avis :

1° De ne pas exposer à l'infection de la cavité abdominale par le contenu toujours très septique du côlon, puisque l'intestin n'est ouvert qu'une fois le ventre fermé.

2° De ne pas exposer au manque de la suture par insuffisance de l'irrigation vasculaire, lorsqu'on a fait des sections du méso, puisque les deux bouts sont amenés au dehors sans suture.

Or, Volkmann réséquait l'intestin dans une cavité péritonéale ouverte, puis il faisait une entérorraphie circulaire incomplète, réunissant les lèvres profondes des sections intestinales et abouchant à la peau les lèvres superficielles. Bouilly avait opéré d'une manière analogue et pratiqué, après résection, l'entérorraphie circulaire fistuleuse. Ce sont là des manières de procéder qui n'ont rien à voir avec l'opération actuelle.

Son historique peut être plus exactement fait de la manière suivante :

Frappés des dangers de l'entérorraphie circulaire après les résections du gros intestin, Schede et Gussenbauer en Allemagne, Paul en Angleterre font la résection de la tumeur et la fixation des deux bouts dans la plaie. Ils suppriment ainsi un des dangers de l'opération.

Bloch et Studsgaard en Danemark, Allingham en Angleterre, Reclus en France extériorisent la tumeur et la réséquent quelques jours après.

Hochenegg, Mikulicz et Göschel en Allemagne, Stamm en Amérique, Hartmann et Cunéo en France extériorisent la tumeur, fixent l'intestin et le méso sectionné dans la plaie puis resèquent la tumeur dès que le péritoine est fermé par une suture.

Les chirurgiens allemands fixent soigneusement les deux bouts de l'intestin en canon de fusil, puis pratiquent l'entérotomie de Dupuytren plus ou moins modifiée et referment l'intestin après destruction de l'éperon.

Nous écrasons les deux bouts de l'intestin, l'inférieur à ras de la plaie, le supérieur à une certaine distance pour y insinuer et y fixer une canule, sans nous occuper de leur situation respective. Puis dix à quinze jours après la première intervention nous enlevons en masse tout l'anus artificiel, fermons les deux bouts de l'intestin et rétablissons la circulation des matières par l'établissement d'une entéro-anastomose latérale; ce qui diminue la durée du traitement et supprime l'éventration fréquente après les anciennes opérations d'anus contre nature.

Quelques-uns de nos collègues pourraient peut-être croire avec M. Quénu que l'extériorisation de l'anse exige qu'elle soit mobile. Il n'en est rien. Comme on se propose d'enlever la tumeur, que de plus on n'a pas à se préoccuper de la nutrition des lèvres d'une suture qu'on n'a pas à faire, on sectionne les replis qui fixent la tumeur, on excise le méso, s'il y en a un, avec les ganglions, on rend possible une mobilisation qui ne l'était pas primitivement; on opère largement, sûrement, sans s'exposer à l'infection primitive du péritoine par le contenu de l'intestin, sans risquer son infection secondaire par un défaut de la suture.

Hochenegg (1) a pratiqué 6 fois cette opération (1 cancer du côlon transverse, 2 cancers de l'angle gauche, 3 cancers de l'anse sigmoïde) et a eu 6 guérisons, alors que sur 14 résections avec entérorraphie circulaire immédiate (4 tumeurs du cæcum, 1 du côlon ascendant, 9 de l'anse sigmoïde); il a eu 5 morts.

Mikulicz (2), après avoir fait 21 résections du gros intestin en un temps avec 9 morts, en a fait 16 en deux temps avec 2 morts seulement.

Göschel (3) publie 4 cas d'opération en deux temps avec 4 guérisons.

Le pronostic, on le voit, a été considérablement amélioré par la nouvelle technique.

Je conseille donc de recourir, d'une manière générale, à cette opération en deux temps pour les cancers du côlon; c'est la seule intervention prudente dans les cas où la tumeur est un peu étendue, où des résections du méso sont nécessaires; lorsqu'au contraire, le néoplasme se laisse amener avec la plus grande facilité à l'extérieur, que la résection doit être très limitée, qu'on ne touche pas au méso, on peut, comme l'a fait avec succès notre

(1) Hochenegg (J.). Resultate bei operativen Behandlung carcinomatöser Dickdarmgeschwülste, *Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1902, t. LXVIII, p. 172.

(2) Mikulicz. Chirurgische Erfahrungen über das Darmcarcinoms, *Arch. f.*, *klin. Chir.*, Berlin, 1903, t. LXIX, p. 28.

(3) Göschel. Die mehrzeitige Resektion des Dickdarms., *Beitr. z. klin. Chir.* Tübingen, 1903, t. XXXVIII, p. 486.

collègue Guillet, pratiquer la restauration immédiate. On peut aussi la pratiquer au niveau du cæcum parce que la tumeur, en pareil cas, peut être isolée du reste de la cavité abdominale et qu'après l'opération elle peut être facilement drainée, ce qui donne toute sécurité en cas d'échec partiel de la suture. Les 8 résections iléo-cæcales, que nous vous avons relatées avec 1 mort (et encore elle date d'un grand nombre d'années et remonte à une époque où notre technique n'était pas aussi bonne qu'aujourd'hui), sont là pour montrer que l'opération la plus simple, la fermeture des deux bouts avec anastomose latérale iléo-colique, est une excellente intervention.

L'anastomose iléo-sigmoïdienne qui aurait, au dire de M. Quénu, l'avantage de dériver loin de la ligne de sutures le courant des matières intestinales, nous semble inutile. M. Brin, qui l'a conseillée théoriquement, ne l'a du reste pas pratiquée. Nous sommes ici dans le domaine des hypothèses alors que nous devons discuter avec des faits. Je vous en ai apporté, aussi précis que j'ai pu les recueillir ; j'espère qu'ils contribueront à vous engager à pratiquer ces résections du gros intestin qu'on a, un peu trop délaissées à Paris.

M. Quénu. — Au point de vue de l'historique du traitement des tumeurs du gros intestin je ne crois réellement pas qu'on puisse être autorisé à faire abstraction d'une communication ou d'un mémoire apporté à la Société, sous le prétexte que la question n'y a pas été traitée complètement ; on traite une question comme on peut, et personne de nous ne peut prétendre traiter complètement une question de chirurgie. Je persiste encore à croire qu'il ne faut pas établir de confusion entre les tuberculoses du gros intestin et les tumeurs véritables. Les trois faits que nous apporte M. Hartmann, dont un déjà publié dans les bulletins de la Société anatomique (M. Lecène), un de M. Cunéo et un personnel de M. Hartmann ont tous trait à des tuberculoses cæcales ou coliques.

J'aborde le côté opératoire. M. Hartmann vient de reprendre l'historique de l'extériorisation. Les noms de Volkmann, Bloch, Reclus, Hochenegg, Mickulicz y prennent successivement place comme dans ma communication ; j'ai insisté surtout dans mon argumentation sur les objections que rencontrait toute méthode radicale en face d'une occlusion complète. Il n'a pas été répondu à ces objections. Quant aux autres cas, cas de tumeurs intestinales sans occlusion, tout en réservant mes préférences dans les cas faciles pour l'opération en un temps, je me suis montré tout disposé à essayer cette nouvelle technique, surtout s'il m'est accordé, ce qui n'avait pas été explicitement spécifié jusqu'ici, que

la libération, avec tout ce qu'elle comporte, précède l'extériorisation. Il me semble que les observations ne sont pas encore innombrables ; je désire borner là mon argumentation.

A propos de la splénectomie pour ruptures de la rate.

M. Demoulin. — Je remercie M. Moty d'avoir développé, dans la séance du 24 novembre dernier, une observation à laquelle j'ai fait allusion dans mon rapport, observation qui prouve qu'une blessure très étendue de la rate par coup de feu « arme de guerre », peut non seulement n'être pas mortelle, mais encore, ne s'accompagner d'aucune hémorragie.

— J'en arrive aux objections faites à la seconde partie de mon travail, par notre vénéré collègue M. Monod.

Tout d'abord, j'ai à m'excuser de n'avoir pas cité son remarquable rapport (inséré dans nos Bulletins du 15 juillet 1903), sur un mémoire de M. Vanverts, intitulé : « Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extra-pleurale du rebord costal, pour faciliter, dans certains cas, la découverte de cet organe ». Je rappellerai encore, que si Pauchet, dans les réflexions qui suivent les deux observations d'extirpation de la rate pour rupture, qu'il a communiquées à notre Société, a écrit que : « pour faciliter les manœuvres sur la rate blessée, une résection du rebord costal donnerait un jour appréciable », phrase que M. Monod rappelle dans sa réponse, notre collègue d'Amiens, a de nouveau affirmé cette opinion, au Congrès français de chirurgie de 1903. Je ferai simplement remarquer que Pauchet, tout en admettant cette pratique, craint qu'en raison de l'état grave du malade, on ne puisse y recourir systématiquement, et qu'il se place toujours, dans l'hypothèse où le diagnostic de rupture splénique a été nettement posé.

Je tenais à faire ces rectifications ; il ne m'en coûte pas, mes oublis involontaires prouvent que, même après avoir consciencieusement travaillé une question, on peut laisser échapper d'importants travaux qui s'y rapportent.

S'il est bien évident que *l'idée* de la résection du bord cartilagineux du thorax, pour aborder la face convexe du foie, les collections qui se développent entre elle et le diaphragme, appartient à Lannelongue et Canniot, que MM. Vanverts, Pauchet, ont eu l'idée d'appliquer cette résection aux lésions traumatiques de la rate, il n'est pas moins certain que notre collègue Auvray a une très large part, dans l'application de la résection du bord thoracique aux plaies des viscères abdominaux haut situés, et qu'il a de plus,

le premier décrit et exécuté, sur le vivant, un procédé rapide, permettant de mener à bonne fin cette opération, sans ouverture de la plèvre.

A trois reprises M. Auvray s'est occupé de la résection du bord cartilagineux du thorax :

La première fois, au Congrès français de chirurgie de 1899.

La seconde fois, au Congrès français de chirurgie de 1903.

La troisième fois, en octobre 1904, à la Société de chirurgie.

Dans une première communication (Congrès français de chirurgie 1899, p. 348 et 349), M. Auvray propose d'appliquer la résection du bord cartilagineux du thorax, au traitement des plaies haut situées de l'estomac, des plaies de l'espace de Traube, ce qui, je crois, n'avait pas encore été proposé. Il exécute, *sur le cadavre*, le procédé de MM. Monod et Vanverts, et c'est à propos de ces expériences cadavériques qu'il ajoute : « Je me suis conformé de tous points à la description de l'opération, donnée par Monod et Vanverts, sans y rien changer, et le résultat est parfait. » C'est là une conclusion tirée d'expériences faites exclusivement sur le cadavre; sa communication n'est pas appuyée par une opération analogue, faite sur le vivant.

Dans les deux cas où M. Auvray a réséqué le bord cartilagineux du thorax, sur le vivant (un cas de plaie du foie, un cas de rupture traumatique de la rate), c'est à un procédé différent qu'il a eu recours, comme je vais le prouver; et j'ajoute que ce nouveau procédé, a été décrit, d'abord dans sa deuxième communication au Congrès français de chirurgie de 1903 (p. 686), et dernièrement, à la Société de chirurgie (p. 902 et 903 des Bulletins). Peut-être cette description n'est-elle pas assez complète, assez claire; j'y reviendrai dans un moment.

Quoi qu'il en soit, pour que ceux qui me font l'honneur de m'écouter, ceux qui liront nos Bulletins, puissent bien juger de la différence des procédés de résection du bord cartilagineux du thorax, préconisés l'un par Monod et Vanverts (procédé ancien), l'autre par Auvray, j'indique, ici, et successivement, les lignes essentielles de ces deux procédés.

Procédé Monod et Vanverts (procédé lent). « Résumé de leur technique opératoire » (Paris, Masson 1902. Tome II, p. 396).

Résection extra-pleurale du rebord costal. — L'opération se compose de cinq temps.

1° *Incision cutanée.* — Incision rectiligne, commençant à l'union du rebord costal et du sternum, et se terminant sur le bord inférieur du thorax, au niveau de la ligne axillaire antérieure..... Cette incision est combinée avec l'incision verticale, si celle-ci a été faite antérieurement.

2° *Section des parties molles sous-cutanées.* — Inciser franchement le tissu cellulaire et les muscles (grand oblique et partie externe du grand droit) jusqu'au squelette..... En quelques coups de bistouri, on libère la face profonde du lambeau supérieur, de façon à bien découvrir les 7e, 8e, 9e et 10e articulations chondro-costales. En bas et en arrière, on désinsère le petit oblique.

3° *Section du rebord costal.* — Pour respecter à coup sûr le cul-de-sac de la plèvre, il faut sectionner le rebord costal en deçà du trajet le plus bas (trajet chirurgical) que puisse suivre ce cul-de-sac, c'est-à-dire le huitième cartilage costal à un centimètre de la huitième articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes, au niveau des articulations chondro-costales correspondantes.

On peut aussi réséquer, sur une épaisseur de 5 millimètres environ, le sommet arrondi que forme le 7e cartilage costal. Si l'on voulait exciser une plus grande longueur de chaque côte, ce qui est généralement inutile, il faudrait agir par voie sous-périostée ou sous-périchondrale, de façon à récliner la plèvre, sans crainte de la léser, avec le périoste ou le périchondre profond..... Ce mode de résection costale n'est applicable que dans les cas, de beaucoup les plus fréquents, où les articulations chondrocostales sont visibles. En raison de l'ossification des cartilages chez le vieillard, il est parfois impossible de reconnaître le siège de ces articulations. Dans ces conditions, on pratiquera la section costale, suivant une ligne droite ou légèrement courbe, à concavité supéro-externe, commençant au-dessus de l'extrémité antérieure du 8e cartilage, et se terminant sur le bord inférieur du rebord costal, au niveau de la ligne axillaire antérieure.

4° *Désinsertion du transverse et du diaphragme.* — Les muscles intercostaux ayant été sectionnés ainsi que les arcs qu'ils réunissent : « Le bistouri tenu de la main droite est insinué dans la ligne de section des cartilages costaux et des muscles intercostaux et va raser la face profonde du volet ostéo-musculaire; les doigts de la main gauche, accrochant le bord supérieur de ce volet, l'attirent en bas et le renversent peu à peu, de façon à faciliter le travail du bistouri. Quand toutes les insertions du transverse et du diaphragme ont été sectionnées, le rebord costal préalablement séparé des insertions du petit oblique, se trouve complètement libéré. »

5° *Incision de la cloison transverse diaphragmatique.* — On voit d'après cette description, avec quel soin MM. Monod et Vanverts ont précisé les points où doit porter la section des cartilages costaux, pour éviter la blessure de la plèvre; ils procèdent, en outre, à la dissection de la face profonde du squelette de haut en

bas, après avoir sectionné les cartilages costaux, et ils terminent en ouvrant l'abdomen.

Chez ses deux opérés, M. Auvray, obéissant aux indications, a d'abord ouvert l'abdomen, puis, la résection du rebord costal lui paraissant nécessaire, il a procédé d'une certaine manière. Avant de la décrire, je dois faire une remarque.

J'avais cru, au moment où j'ai écrit mon rapport, que le passage qui se trouve dans le corps de l'observation de M. Auvray, (bas de la page 902 de nos *Bulletins*) suffisait à bien faire comprendre la modification apportée par notre collègue, au procédé de Monod et Vanverts, et c'est pour cela que j'ai répondu, à mon maître le professeur Kirmisson, qui trouvait, avec raison, ma description peu claire, qu'il la lirait, mieux exposée, dans mon travail. Mais à la réflexion, je me suis rendu compte de l'insuffisance de la description d'Auvray, et j'ai prié notre collègue de m'envoyer une note plus explicite. La voici :

« Je voudrais (dit-il), qu'il fut bien établi que la résection du rebord costal, telle que je la pratique, est une opération atypique. Elle diffère absolument de l'opération décrite par Lannelongue et Canniot, Monod et Vanverts, qui nécessite à l'avance, de la part du chirurgien, une connaissance exacte du trajet de la plèvre, par rapport à la paroi thoracique antérieure.

« Or, dans les deux cas de chirurgie d'urgence (plaie du foie et rupture de la rate), dans lesquels j'ai dû recourir à la résection du bord cartilagineux du thorax, voici comment j'ai procédé : l'abdomen ouvert, pour me rendre compte du siège et de l'étendue des lésions, la résection me paraissant nécessaire, j'ai dépouillé d'abord, rapidement, de leurs insertions musculaires, la face externe et le bord inférieur du thorax, puis j'ai sectionné verticalement et dans toute son épaisseur, à l'aide de simples ciseaux, le cartilage de la 9e côte (cette section verticale peut être faite en un point plus ou moins rapproché de l'appendice xiphoïde, suivant l'organe qu'on veut atteindre) ; saisissant alors chaque extrémité du cartilage sectionné, l'une après l'autre, à l'aide d'une pince, je la soulève, et désinsère avec le bistouri, de bas en haut, les fibres musculaires qui s'attachent à la face profonde du bord cartilagineux (transverse et diaphragme), en rasant, autant que possible, le squelette pour éviter de blesser la plèvre. Je poursuis cette dénudation, en largeur et en hauteur, sur une étendue suffisante pour créer, après résection des extrémités cartilagineuses libérées de leurs insertions musculaires, une large voie d'accès sur les parties profondes. J'ai toujours soin de refouler en masse, de bas en haut, les muscles au fur et à mesure de leur décollement, et je ne me préoccupe pas autrement du trajet suivi par la plèvre.

Dans les deux cas où j'ai opéré par cette méthode, la séreuse n'a pas été ouverte et la résection m'a fourni une large brèche pour atteindre, facilement, les organes situés sous le diaphragme. »

Voilà, me semble-t-il, une description claire, et j'y trouve un complément dans ce qu'a dit si justement M. Monod, dans la séance du 24 novembre dernier.

M. Monod rappelle d'abord, une remarque importante faite par Forgue et Jeanbrau, dans leur récent mémoire sur : « les plaies de l'estomac par armes à feu ». Ces auteurs, après avoir écrit « nous trouvons très rationnelle la proposition d'Auvray, qui recommande, dans les cas de plaie de l'espace de Traube, de réséquer le rebord costal pour découvrir plus aisément la région sous diaphragmatique, *gauche* »; disent quelques lignes plus loin : « Une précaution est nécessaire pour ne pas ouvrir le cul-de-sac pleural; *La section portera exclusivement sur les cartilages, jamais sur les côtes.* » Cette remarque, montre que les mesures précises, indiquées par notre collègue, ne sont pas absolument nécessaires, quand on résèque le bord cartilagineux du thorax, pour éviter la plèvre.

Enfin, je ne puis que me réjouir avec M. Auvray de voir M. Monod décrire aujourd'hui, outre le procédé lent de résection du rebord costal, un procédé rapide, qu'il a lui-même mis à exécution, dans un cas difficile de chirurgie hépatique. Il a dit, en effet, dans la séance du 24 novembre dernier : « Section du rebord thoracique en plein cartilage, aux ciseaux, sans s'inquiéter des articulations chondro-costales, suivant la ligne que nous avons fixée, ligne commençant à la hauteur de la sixième côte, un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du huitième cartilage costal, et se terminant sur le bord costal, au niveau de la ligne axillaire antérieure, ou plus simplement encore, sans tracer cette ligne, mais en s'attachant pour chaque côte, à n'intéresser que son cartilage, à quelque distance de l'articulation chondro-costale, quitte à agrandir la brèche, s'il y a lieu, après décandation de la face profonde du gril costal. »

Je crois pouvoir dire, à la fin de cette discussion, que nous sommes tous d'accord maintenant, sur la possibilité d'exécuter rapidement, sans trop se préoccuper du trajet de la plèvre, la résection du bord cartilagineux du thorax, opération nécessaire dans certains cas de lésions traumatiques des viscères sous-diaphragmatiques. Mais, il me paraît indispensable, pour être simplement juste, de répéter qu'Auvray a une très large part dans les indications de cette résection; qu'après avoir montré tout l'avantage qu'on en retirerait dans les plaies de l'espace de Traube, (1899) il a le premier exécuté, sur le vivant, et, par un procédé

rapide, qui lui est personnel, procédé expéditif comme le dit M. Monod, la résection du bord cartilagineux du thorax, pour des plaies du foie et de la rate.

Tout ce qu'a voulu dire Auvray, dans l'esprit duquel, je le sais, il n'y a aucune intention critique, au sujet du procédé si bien réglé de MM. Monod et Vanverts, c'est qu'on peut exécuter rapidement, et sans danger d'ouverture de la plèvre, la résection du rebord cartilagineux du thorax, alors qu'il paraissait, il y a quelques jours encore, que cette opération, à cause des précautions qu'on devait prendre, pour éviter le cul-de-sac pleural, dont le trajet a été si exactement décrit par Farabeuf, demandait une certaine lenteur dans son exécution.

M. Monod décrit aujourd'hui un procédé rapide. M. Auvray et son rapporteur ne peuvent être qu'heureux et flattés du très précieux concours de notre éminent collègue.

Un dernier mot. J'ai, dans mon rapport du 9 novembre, cité le cas heureux de splénectomie de Pauchet, je ne l'ai pas fait figurer dans le tableau qui termine mon travail, je m'empresse de donner satisfaction à notre collègue, en disant qu'aujourd'hui, dans notre pays, le nombre des splénectomies suivies de guérison, pour blessures de la rate, est de dix ; huit cas concernent des ruptures, (y compris celui de Pauchet) et deux des plaies de ce viscère.

M. Michaux. — Je crois que, dans ces splénectomies pour ruptures de la rate, il faut opérer vite, et la difficulté étant d'aborder le pédicule je me suis bien trouvé d'agir ainsi : laparotomie sur le bord gauche du muscle grand droit, incision transversale gauche perpendiculaire à la première, relèvement forcé du rebord costal. On arrive facilement sur le pédicule splénique.

M. Hartmann. — Comme M. Michaux, j'ai été frappé du jour considérable qu'on a sans réséquer le bord du thorax, mais en s'arrangeant simplement pour faire bailler la région. On y arrive sans faire rétracter le rebord thoracique, simplement en plaçant le malade sur une table qui permet d'abaisser toute la partie inférieure du tronc, mettant les jambes et tout ce qui est sous-jacent à l'hypocondre en position déclive. La cambrure vertébrale exagérée ainsi produite permet d'avoir un jour parfait sur toute la concavité du diaphragme.

M. Michaux. — J'agis toujours ainsi, et je crois que c'est la pratique d'un grand nombre de nos collègues.

Présentation de malade.

Hydronéphrose intermittente traitée par l'urétéro-pyélo-néostomie.

M. Bazy présente un enfant de dix ans qui avait été atteint d'hydronéphrose intermittente, à qui il a fait l'urétéro-pyélo-néostomie par voie lombaire. L'observation sera publiée ultérieurement.

Présentation d'appareil.

L'inhalateur chloroformique de Vernon-Harcourt.

M. Monprofit (d'Angers). — Lors de notre dernier voyage à Londres, au mois d'octobre, où nous fûmes reçus d'une façon si hospitalière et si charmante par le corps médical des hôpitaux de Londres, notre attention fut attirée par beaucoup de choses intéressantes, parmi lesquelles un ingénieux appareil pour administrer le chloroforme, imaginé par le Dr Vernon-Harcourt.

Tous ceux qui le virent au même moment, Poirier, Ricard, Témoin, Faure, Proust, Noguès, etc., furent également très intéressés par le nouvel appareil, et je crois bien que la plupart de nos collègues en rapportèrent comme moi un exemplaire.

Dès que je fus de retour à Angers, je le confiai à mon excellent ami et anesthésiste habituel, le Dr Royer, qui, avec sa grande expérience de la chloroformisation, était mieux que personne à même de porter un jugement approfondi sur ce nouveau mode d'administrer le chloroforme; nous commençâmes aussitôt à faire toutes nos anesthésies avec l'inhalateur de Vernon-Harcourt; nous en avons fait jusqu'à ce moment soixante-dix.

Nous pûmes bientôt constater que nous retirions de ce mode de chloroformisation des avantages manifestes qui sont les suivants :

1° Un dosage beaucoup plus facile des vapeurs chloroformiques; dosage plus facile et plus précis que par tout autre moyen ;

2° Diminution notable de la quantité de chloroforme employé (environ 40 à 50 p. 100) ;

3° *Impossibilité presque absolue de pousser l'anesthésie jusqu'à la période dangereuse* ;

4° Anesthésie beaucoup plus complète et plus calme ;

5° Diminution des efforts de toux ;

6° Rareté des vomissements pendant ou après l'anesthésie.

En somme, je n'avais jusqu'ici que de très bons résultats avec l'administration à la compresse entre les mains d'un anesthésiste d'une expérience consommée comme Royer, dont l'attention et l'observation minutieuse du malade ne se démentent jamais; mais tous les deux nous trouvons l'anesthésie plus facile, plus sûre et aussi plus économique avec ce nouvel appareil; aussi je n'hésite pas à recommander à nos collègues, sinon de l'adopter, du moins de l'étudier avec le plus grand soin comme nous l'avons fait à Angers.

M. Royer a bien voulu prendre la peine de contrôler les dosages qui sont indiqués par M. Vernon-Harcourt, et les a trouvés exacts; l'anesthésie prend ainsi un caractère de précision et de certitude qu'elle n'avait certainement pas eu jusqu'ici.

Comme inconvénients minimes faciles à éviter, je signalerai :

1° La durée assez longue de la période pré-anesthésique;

2° Dans quelques cas, surtout chez les alcooliques ou chez les adultes très robustes, une légère insuffisance de la ration d'entretien même à pleine dose.

Dans ces deux cas, nous commençons pendant quelques minutes à administrer le chloroforme à la compresse, selon la méthode habituelle. Dès que l'anesthésie commence, nous substituons l'appareil jusqu'à la fin de l'opération.

Je crois que cet inhalateur entre les mains d'un aide peu expérimenté encore serait infiniment moins dangereux que tout autre procédé, parce qu'il ne permet pas de *pousser les malades aussi loin*; entre les mains d'un aide averti et instruit, il permet une anesthésie beaucoup plus élégante, plus légère et plus économique.

Nous diminuons en effet :

1° La dose de chloroforme employée;

2° Nous diminuons aussi, bien que ce soit moins certain, la quantité de chloroforme absorbée par le malade.

Je vois encore un autre avantage qui est le suivant :

Il serait facile de chauffer l'air admis par l'entrée d'air pur; de la sorte, on rendrait sans doute moins fréquentes les complications pulmonaires inflammatoires dues aux anesthésiques. Nous avons étudié un dispositif qui nous permettra, je l'espère, d'arriver à atteindre un but si désirable.

Voici d'ailleurs la description de l'appareil telle qu'elle m'a été résumée par mon anesthésiste, M. le Dr Royer :

Note sur l'appareil anesthésique chloroformique Vernon Harcourt.

L'inhalateur chloroformique Vernon Harcourt fut présenté à une

Commission spéciale nommée par la British Medical Association pour établir les règles d'une bonne anesthésie.

Le Dr Dundley Buxton, à la demande des membres de ladite Commission, fit un rapport très favorable, et M. Valter Tynell, après des expériences très démonstratives, dit tout le bien qu'il pensait de cet appareil. Aussi, depuis cette époque, est-il d'un usage courant à University College hospital, entre les mains de différents anesthésistes qui l'ont chaudement approuvé.

Principe. — Pour Harcourt, il est démontré qu'une dilution de vapeurs chloroformiques à 2 p. 100 est toujours suffisante pour produire l'anesthésie. Une fois qu'elle est obtenue, 1 p. 100 est la dose indiquée.

Description. — L'appareil se compose de trois parties :

1° Le flacon à chloroforme;

2° Le tube d'inspiration;

3° Le masque.

1° Flacon à chloroforme :

Il a été combiné et calculé de telle façon que, rempli de chloroforme jusqu'au niveau supérieur de la partie renflée, chaque inspiration entraîne un mélange de chloroforme à 2 p. 100 pourvu que la température du liquide soit constante, malgré le froid produit par l'évaporation et entre 13 et 15 degrés.

A une température inférieure, l'évaporation est moindre et la proportion du mélange diminue. Aussi le constructeur a-t-il eu le soin de joindre au flacon deux petits flotteurs, l'un rouge et l'autre bleu, qui s'élèvent dans le chloroforme plus ou moins suivant la densité et, par là même, suivant la température du liquide. Celle-ci est à 15 degrés lorsque le flotteur rouge est en haut et le bleu en bas, ce qu'on obtient facilement en tenant le flacon à pleine main.

2° Tube d'inspiration :

Il se compose d'un tube vertical qui, en bas, s'articule avec le masque et qui, en haut, se bifurque à droite et à gauche. La branche droite, fermée par une soupape légère en aluminium, communique avec l'air extérieur, et la branche gauche, également à soupape, communique avec le flacon de chloroforme. Ces trois parties, droite, gauche, verticale, sont réunies entre elles par un robinet gradué à aiguille qui permet, soit d'ouvrir complètement à droite (air) en fermant à gauche (chloroforme), soit fermant à droite d'ouvrir à gauche, ou enfin ouvrir également ou inégalement chaque côté pour obtenir le mélange convenable.

3° Masque :

En caoutchouc durci; il est entouré d'un bourrelet de caoutchouc rouge qu'on gonfle d'air, de façon à obturer complètement la bouche et le nez. Enfin, sur un de ses côtés, il porte une soupape en mica qui sert à l'expiration.

Technique. — Il suffit, le flacon étant rempli à moitié de chloroforme, d'appliquer le masque sur le visage du malade et de surveiller désor-

mais l'anesthésie pour donner plus ou moins de vapeurs chloroformiques avec le robinet gradué. Lorsque l'anesthésie est complète, on diminue peu à peu l'admission du côté du flacon à chloroforme, pour augmenter graduellement l'entrée de l'air pur.

— La séance est levée à 4 h. 3/4, et la Société se réunit en Comité secret.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. DEMOULIN dépose sur le bureau, une série de tirés à part dont l'auteur, M. BUSCARLET (de Genève), candidat à une place de membre correspondant étranger, fait hommage à la Société de chirurgie. — Ces tirés à part portent les titres suivants : *Contribution à l'étude des fistules branchiales. — La greffe osseuse chez l'homme. — Du massage dans le traitement des fractures. — De l'anesthésie à la cocaïne en chirurgie. — La greffe d'os morts.*

A l'occasion du procès-verbal.

Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale.

M. F. LEGUEU. — Des observations qui ont été rapportées dans la dernière séance, je veux rapprocher une observation qui m'est personnelle et que j'ai eu l'occasion de recueillir cette année dans mon service de Bicêtre. Elle a trait à un étranglement de l'appendice dans une hernie crurale ; l'étranglement ne donna lieu à aucun accident.

Voici d'ailleurs l'observation, telle qu'elle m'a été transmise par mon interne, M. Morel.

Mme T..., blanchisseuse, cinquante-trois ans, entre le 21 mars 1904, à l'hospice de Bicêtre, salle Desprès.

Mariée à vingt-quatre ans, elle a eu quatre enfants, dont un seul actuellement vivant (celui-ci vient d'être opéré d'adénite bacillaire du cou, par M. Legueu).

Depuis le début de l'hiver, la malade tousse et présente des deux côtés des signes de bronchite, avec prédominance au niveau du sommet droit.

Le mardi 15 mars, en lavant du linge, elle est prise d'une quinte de toux, et de coliques qu'elle attribue à un effort. Ayant fini son travail, elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur dans la région inguinale droite, grosseur qui n'y était pas auparavant.

Le lundi suivant (21 mars) continuant à souffrir, la malade, sur le conseil de son médecin, entre à l'hôpital.

La malade examinée, à son entrée, présente au niveau de la base du triangle de Scarpa une tumeur arrondie du volume d'un œuf de pigeon; elle est très certainement sous-jacente à l'arcade crurale et correspond à la partie interne de l'artère. Cette tuméfaction est dure, mate à la percussion, douloureuse à la pression, et irréductible. Il n'y a ni vomissements ni accidents aigus d'étranglement.

La malade est opérée le 25 mars 1904. Chloroformisation.

Incision classique de la hernie crurale. Découverte, libération et ouverture du sac herniaire qui contient l'appendice, ainsi que des franges épiploïques péri-appendiculaires. L'appendice présente un étranglement net produit par le collet du sac, et qui persiste après section de l'arcade de Fallope et abaissement en masse de toute la hernie. Les franges épiploïques péri-appendiculaires étranglées sont noires sur une hauteur de 3 centimètres.

L'appendice, libéré, est lié, sectionné, et réduit ainsi que l'épiploon dont la portion douteuse est réséquée sous ligature.

Le sac herniaire, lié et excisé, on reconstitue la paroi, en rapprochant l'aponévrose du pectiné du ligament de Poupart avec des crins de Florence. Les plans antérieurs sont également suturés au crin.

Les suites opératoires furent excellentes. On enleva les fils au dixième jour, et la malade sortit le 17 avril, absolument guérie.

L'appendice, en amont de son point étranglé, ne présentait pas de lésions manifestes, bien qu'il y eût cavité close.

En somme, il y avait ici bien réellement étranglement de l'appendice par le collet du sac : l'étranglement portait sur la partie moyenne de l'appendice. L'étranglement était caractérisé par un sillon très net existant au niveau de l'étranglement et par la tuméfaction de la partie sous-jacente, alors que la partie supérieure était absolument intacte. L'étranglement était même assez serré,

puisque l'épiploon avait déjà pris une coloration noire très prononcée. Et cependant, pendant les dix jours que cet étranglement a duré ou au moins s'est complété avant l'opération, il n'a été constaté aucun phénomène local ou général qui ait permis de penser qu'il y avait dans cette hernie un segment quelconque même diverticulaire de l'intestin. Il n'y avait ni fièvre, ni vomissements, ni altération du pouls. Et je pensais tout simplement qu'il s'agissait d'une hernie crurale enflammée, irréductible par inflammation et sans participation de l'intestin.

Ce fait, donc, vient s'ajouter aux autres pour montrer que l'appendice étranglé dans une hernie ne provoque pas les accidents que donne son inflammation, et qu'il y a par conséquent une différence entre l'étranglement de l'appendice et l'appendicite herniaire.

M. Demoulin. — J'ai opéré, au mois de mars dernier, une femme de cinquante ans, qui présentait, dans l'aine droite, une petite tumeur du volume d'une noisette, dure et sensible à la pression. Cette tumeur était apparue depuis trois jours. Il y avait eu seulement quelques envies de vomir, et un peu de sensibilité du ventre, pas d'arrêt des gaz ni des matières fécales.

J'opérai, et je fus surpris de trouver, dans le sac herniaire crural, l'appendice turgescent, gros, gangrené à son sommet, baignant dans un liquide louche, qui s'était écoulé à l'ouverture du sac.

Je réséquai l'appendice et je fixai le péritoine à la partie supérieure de la plaie opératoire, puis je drainai.

La guérison a eu lieu sans le moindre incident.

Il s'agit ici d'une hernie de l'appendice dans un sac crural; le fait intéressant, c'est la gangrène du sommet de l'appendice qui s'est faite sans symptômes graves ; l'appendice n'était point étranglé, il vint facilement sous l'influence des tractions modérées que je fis, et qui amenèrent, dans la plaie, son point d'insertion sur le cæcum.

M. Legueu. — Je répondrai à mon collègue Demoulin que j'ai basé mon opération sur l'existence et sur l'irréductibilité de la hernie.

Epithélioma colloïde.

M. Schwartz. — J'ai eu l'honneur de vous présenter à l'avant-dernière séance une pièce de tumeur de l'estomac enlevée par

pylorectomie. Au premier aspect on pouvait penser à une tumeur bénigne. M. le professeur Cornil l'a examinée depuis. Il s'agit bien d'une tumeur maligne, d'un *cancer colloïde* de l'antre du pylore.

La surface de la tumeur est irrégulière. Lorsqu'on en fait une section, on voit un tissu semi-transparent, colloïde, ferme, qui occupe toute la tumeur jusqu'à son implantation sur les faisceaux musculaires.

Examen : à faible grossissement. On voit que la surface de la tumeur ne renferme ni glandes ni couches épithéliales superficielles. Elle montre par places des couches de fibrine et au-dessous des leucocytes poly ou mononucléaires en quantité considérable. Les cellules sont tassées les unes dans les autres sur une épaisseur de 25 à 30 μ.

Au-dessous de cette couche, on voit des cellules épithélioïdes, prismatiques, enserrées dans des filaments de tissu fibreux. Cette couche est mince et se continue immédiatement avec le tissu aréolaire muqueux, rempli de grosses cellules sphériques qui constituent toute la tumeur (*Epithélioma colloïde*).

Il existe dans le tissu des travées plus ou moins lâches, plus ou moins épaisses, circonscrivant de grands lobules, divisés eux-mêmes en petits alvéoles, tous circulaires, à parois plus minces.

Dans l'intérieur de ces alvéoles, des cellules sphériques, transparentes, muqueuses, très variables comme grosseur et constitution.

Beaucoup, les plus petites, ont un noyau unique, en demi-lune, atrophié; d'autres plus volumineuses, gonflées par la substance colloïde, ont deux ou trois noyaux, presque toujours en karyolyse. Beaucoup de ces cellules sont claires, sans noyau, en dégénérescence muqueuse complète.

L'opérée a succombé le neuvième jour dans un état de cachexie progressive sans élévation de température bien appréciable, mais avec de la sécheresse de la langue. L'autopsie nous a montré un abcès circonscrit par de la péritonite adhésive au devant de la suture jéjunostomacale et tenant à ce que la suture en un point voisin de la suture de la tranche stomacale avait lâché un peu.

J'avais pratiqué l'insertion du jéjunum un peu trop près de la section de l'estomac.

Rapports.

Du chorio-épithéliome malin de Marchand,

par le Dr J.-T. Nabuco de Gouvea.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

En juillet 1899, le Dr de Gouvea fut appelé à voir une femme de quarante ans, qui, deux mois auparavant, avait fait une fausse couche de quatre mois. A la suite de cette fausse couche, il y avait eu d'abondantes hémorragies. Au moment où notre confrère vit la malade celle-ci était profondément anémique, et son col entr'ouvert laissait suinter un liquide séro-sanguinolent et fétide. L'exploration digitale permit, après dilatation du col, de constater que le fond de l'utérus était occupé par une masse spongieuse, friable, grosse comme une mandarine et dont quelques morceaux détachés présentaient l'aspect de débris placentaires.

Ces fragments examinés au microscope présentaient les caractères d'une néoplasie maligne. Devant cette constatation, il n'hésita pas à pratiquer l'hystérectomie vaginale et guérit sa malade, qui, cinq mois après, était en parfaite santé.

Cette observation tire son intérêt principal non pas des indications opératoires ou de la thérapeutique employée, mais de la nature même de l'affection.

Un examen microscopique approfondi et dont tous les détails sont donnés dans le mémoire qui nous a été envoyé, montre qu'il s'agissait là d'une de ces tumeurs rares et mal connues qui se développent aux dépens des débris placentaires et des villosités choriales et qu'on désigne sous le nom de déciduome malin, placentome, chorio-épithéliome, etc.

Je ne suivrai pas l'auteur dans ses descriptions microscopiques ni dans l'étude historique très complète qu'il a faite de cette singulière affection, étude qui mérite d'être publiée ailleurs, mais il me semble qu'il est bon d'insister ici sur la nature et sur les symptômes cliniques d'une maladie que la plupart d'entre nous ne connaissent que très imparfaitement.

Il s'agit d'une dégénérescence épithéliale des villosités choriales, dégénérescence qui a les allures et l'évolution d'une tumeur maligne. Comme celle-ci, elle gagne de poche en poche et infiltre le tissu utérin si bien qu'au microscope on voit les bourgeons nés des villosités choriales et les masses syncitiales qui les recouvrent dissocier les fibres musculaires et baigner directement dans

des lacunes ou des espaces pleins de sang qui communiquent largement avec les vaisseaux utérins. Comme dans les tumeurs malignes, ces bourgeons, entraînés par le torrent sanguin peuvent aller se fixer ailleurs, en particulier dans les poumons, le foie, les reins, la muqueuse vaginale et y donner naissance à des tumeurs de même nature et qui ont, elles aussi, la structure histologique de l'épithéliome développé aux dépens des villosités choriales. Mais il y aurait ici une particularité très intéressante, et qui ne paraît pas avoir son analogue dans l'évolution des tumeurs malignes communes : c'est qu'on peut voir se développer en certains points et, en particulier au niveau du vagin, des tumeurs ayant la structure chorio-épithéliale et dont l'extirpation est suivie de guérison complète et définitive, sans qu'il y ait eu de manifestations morbides du côté de l'utérus. Il semble donc qu'il y ait de véritables chorio-épithéliomes primitifs, se développant en dehors de l'utérus, et dus sans doute au transport par le torrent sanguin d'éléments choriaux susceptibles de dégénérer alors que les éléments qui restent dans l'utérus échappent à cette dégénérescence.

Mais, dans les conditions ordinaires, c'est au niveau de l'utérus que se manifestent les principaux phénomènes dus à la dégénérescence choriale. L'utérus, et en particulier le fond de l'utérus, siège de l'insertion placentaire, est envahi, infiltré par des masses charnues plus ou moins friables, il y a des hémorragies interstitielles, un envahissement progressif du muscle utérin par le tissu néoplasique, qui peut le traverser de part en part, et gagner le péritoine et les tissus voisins. L'utérus peut prendre un volume considérable, et dans son intérieur peuvent se développer des foyers de nécrose, des zones d'infection secondaire, qui se traduisent à l'extérieur par des hémorragies souvent abondantes et l'écoulement de liquides plus ou moins septiques. Ces lésions ressemblent, en somme, à celles du cancer du corps utérin, mais avec une tendance plus marquée à l'infiltration par des masses rougeâtres d'aspect placentaire, et à la production de foyers hémorragiques.

Ces quelques notions suffisent à faire entrevoir les circonstances dans lesquelles on pourra voir se développer ces tumeurs.

Pour qu'il y ait dégénérescence des villosités choriales, il faut qu'il y ait un chorion et par conséquent qu'il y ait une grossesse. Mais il semble que, dans la grossesse normale, toute l'activité cellulaire soit absorbée par la nourriture et le développement du fœtus. Aussi n'a-t-on jamais vu se développer l'affection qui nous occupe au cours de la grossesse elle-même. C'est après l'accouchement — et plus souvent encore après un avortement — qu'elle

fait son apparition. Il est vrai que, dans ces conditions, rien ne nous dit que la dégénérescence choriale n'ait pas débuté pendant le cours même de la grossesse et que l'avortement ne soit précisément consécutif à la dégénérescence choriale, au lieu de le précéder. Mais quelle que soit l'heure du début du mal, ce n'est qu'après l'accouchement ou après l'avortement que les signes cliniques commencent à se manifester. Ce sont, avant tout, des hémorragies plus ou moins abondantes, des pertes plus ou moins fétides, qui font penser à une rétention placentaire. Mais le curettage le plus soigneux ne suffit pas à supprimer les accidents, comme dans les cas de rétention placentaire que l'on observe communément. Parfois, au cours même de l'opération, on observe des masses fongueuses qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Parfois celui-ci ne devient évident que par l'examen histologique, la persistance des accidents, ou l'apparition de quelque foyer néoplasique secondaire.

Un des points les plus intéressants de l'histoire de cette affection consiste dans ses rapports avec cette maladie singulière à laquelle on a donné le nom de môle hydatiforme.

On sait que celle-ci est constituée par une sorte d'hydropisie des villosités choriales ; celles-ci deviennent énormes, vésiculeuses, et leur réunion forme une masse plus ou moins considérable de vésicules agglomérées, une grappe à grains irréguliers et translucides.

Dans ce chorion malade, l'embryon a disparu et il n'en reste que des vestiges qu'on peut même ne point retrouver. Cette tumeur vésiculeuse, dont le volume peut être considérable, occupe dans l'utérus la place du fœtus et est, au bout d'un certain temps, expulsé comme lui, souvent sans qu'il y ait aucun accident consécutif. Mais il n'est pas rare de voir cette expulsion d'une môle hydatiforme suivie d'hémorragies et de phénomènes graves qui annoncent le développement de l'épithélioma chorial. Et cela se conçoit fort bien. Rien n'est plus naturel que de voir les villosités choriales, qui ont subi une première dégénérescence en donnant naissance aux vésicules molaires, et constitué ainsi ce que, par analogie avec ce qui se passe ailleurs, on pourrait considérer comme un épithélioma typique, continuer leur évolution morbide et se transformer en une tumeur atypique, un véritable épithéliome à structure maligne et à marche envahissante.

La môle peut aussi s'accompagner de métastases d'un caractère moins malin. C'est ainsi qu'on a pu voir une femme qui, au quatrième mois de sa grossesse, se présenta avec une petite tumeur vaginale. Celle-ci, enlevée, fut reconnue pour être un chorio-épithéliome ayant eu pour point de départ un groupe de villosités partielle-

ment vésiculeuses. Quelque temps après l'extirpation de cette tumeur, la malade expulsa une môle hydatiforme et se rétablit si bien que trois ans et demi plus tard, elle donnait le jour à un très bel enfant.

En somme, la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome ne sont peut-être que les stades divers de l'évolution morbide des villosités choriales en voie de dégénérescence, sous une influence encore inconnue, mais qui n'est sans doute pas différente de celle qui agit sur les autres cellules épithéliales de l'économie. La môle hydatiforme est une forme relativement bénigne de cette dégénérescence. Cette bénignité peut encore se rencontrer dans certains chorio-épithéliomes développés loin de l'utérus. Mais dans la plupart des cas le chorio-épithéliome se développe et s'infiltre dans le tissu utérin. Dans ces conditions, une opération radicale qui ne saurait être que l'hystérectomie a des chances très sérieuses de donner des guérisons définitives. Mais le plus souvent il évolue comme le pire des cancers et sème au loin des noyaux secondaires qui rendent toute opération illusoire et insuffisante.

J'ai pensé qu'il était utile de profiter de cette occasion pour mettre sous vos yeux le tableau très rapide d'une affection que nous ne voyons peut-être si rarement que parce que nous la méconnaissons presque toujours. C'est notre confrère de Gouvea qui nous a fourni cette occasion. Je vous propose de le remercier de son observation et de déposer dans nos archives son très intéressant mémoire.

M. Picqué. — J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de faire examiner par M. Durante un déciduome malin provenant de mon service de la Pitié. Cet examen n'a pas encore été publié ; je me permettrai de vous le présenter dans la première séance.

Déciduome malin de la muqueuse vaginale sans déciduome utérin.

M. Tuffier. — Puisque nous sommes sur le chapitre du déciduome malin et des greffes de cancers, je voudrais vous citer un fait curieux de déciduome primitif du vagin sans déciduome de l'utérus, c'est-à-dire une greffe de villosités choriales devenant tumeur maligne *sans déciduome de l'utérus*.

J'ai observé le 21 février dernier à l'hôpital Beaujon une malade de vingt-quatre ans qui présentait dans la cavité vaginale et implantée sur sa paroi antérieure une volumineuse tumeur dont je n'avais jamais vu de spécimen et qui rappelait un gros sarcome

à parois gangrenées; son caractère remarquable était sa *saillie* énorme dans le vagin au point qu'elle venait faire hernie à la vulve pendant les efforts de la malade et sa *base d'implantation* qui la faisait paraître superficielle. Je pratiquai l'extirpation de ce néoplasme et à notre grande surprise l'examen histologique fait par mon chef de laboratoire, M. Mauté, démontrait d'une façon indubitable qu'il s'agissait d'un déciduome malin.

Voici la note que M. Mauté m'a remise:

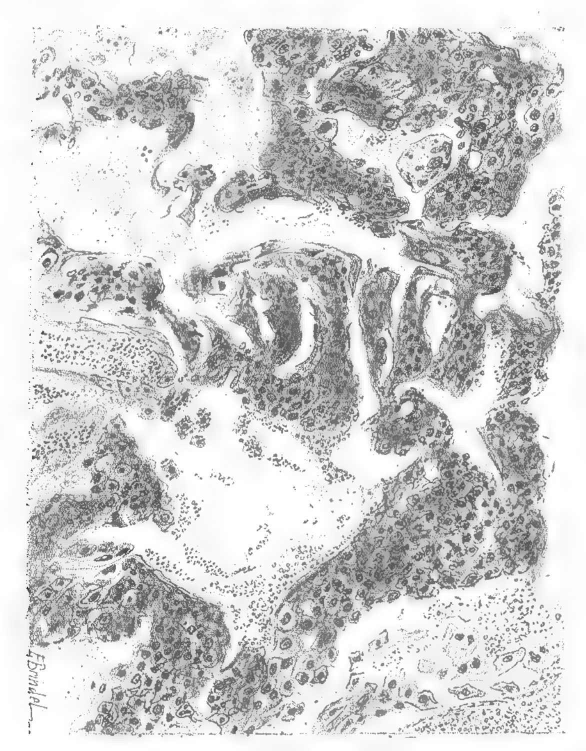


Fig. 1. — Aspect général de la tumeur (obj. 3 Leitz).

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée a la forme et le volume d'une mandarine très aplatie au niveau de ses pôles. Ceux-ci constituent des faces dont l'antérieure présente de nombreuses petites érosions superficielles à fond rouge grisâtre. Quant à la face postérieure, elle est constituée tout entière par une large ulcération profonde à bords assez bien arrondis et à fond sanieux. Le reste de la tumeur est recouvert par la muqueuse du vagin. De consistance rénitente elle montre à la coupe une teinte rouge violacé qui ne permet aucun doute sur sa constitution surtout sanguine.

Histologiquement le stroma de la tumeur est surtout constitué par

des villosités formées de grandes cellules claires, épithélioïdes, arrondies ou polyédriques, dites cellules de Langhans. Ces cellules sont bien distinctes et nettement limitées. Il existe en général un noyau unique dans chaque élément. De forme ronde ou ovale, ces noyaux, très vivement colorés par l'hématoxyline, sont dans certaines cellules très volumineux et présentent, par places, des figures de karyokinèse. A la périphérie, ces villosités épithéliales s'infiltrent dans la muqueuse du vagin. Il n'existe ni tissu conjonctif, ni vaisseaux propres ; les amas



Fig. 2. — Plasmodies et cellules claires (obj. 6 claires).

épithéliaux limitent de vastes lacunes, remplies de formations fibrineuses et de sang renfermant une quantité de leucocytes, dépassant de beaucoup la normale. En tous ses points, la tumeur est du reste le siège d'une diapédèse assez intense. Les lacunes sanguines sont elles-mêmes subdivisées soit par des amas pédiculés ou libres de cellules claires, soit par des *masses syncitiales*. Celles-ci apparaissent nettement en certains points. Elles se présentent comme de larges amas de protoplasma, colorés fortement à l'éosine et renfermant de nombreux noyaux de toutes dimensions (arrondis, allongés ou en croissant). Elles contiennent, en outre, des vacuoles et de nombreux leucocytes inclus dans leur masse. L'examen histologique de cette tumeur nous permet donc de conclure qu'il s'agit d'un déciduome.

Cet examen a été contrôlé par M. Gombault et par M. le professeur Cornil. Il n'y a donc aucun doute sur la nature déciduale du néoplasme.

Je tiens, bien entendu, les préparations qui ont servi à ces dessins à votre entière disposition.

Or, cette femme avait fait le 27 janvier précédent une fausse couche vraisemblablement de trois mois. Il nous a été impossible de savoir quel produit avait été expulsé de l'utérus à ce moment. Depuis cette époque, elle avait constaté un écoulement vaginal jaunâtre et fétide. L'*examen de l'utérus*, lors de notre premier examen, *démontrait son intégrité parfaite*. Des débris de membranes pris dans le col utérin n'ont révélé la présence d'aucun élément imputable à un déciduome. Enfin, j'ajouterai que depuis dix mois nous avons revu et examiné cette femme tous les deux mois, ses règles sont absolument normales, l'utérus ne présente aucune altération appréciable ; nous sommes donc en droit de conclure que l'utérus est indemne.

Ces cas de *déciduomes vaginaux* sont particulièrement rares, puisque mes élèves Mauté et Duplay n'ont relevé en tout que quinze observations dont pas une n'est française, si j'en excepte le fait de René Marie dont les bulletins de la Société anatomique n'ont pas encore fait mention.

Le seul fait que je désire mettre en relief ici, c'est que le déciduome primitif du vagin *succède* aussi bien à un *accouchement* (6 cas) qu'à l'expulsion d'une *môle* (4 cas), ou à un *avortement* (4 cas), qu'à un accouchement prématuré (1 cas). C'est aussi qu'il semble *moins grave* lorsqu'il succède à l'expulsion d'une môle (3 guérisons sur 4 cas, alors que, après un accouchement à terme, les six malades sont mortes par généralisation rapide).

On s'accorde à regarder le *déciduome rapide* du vagin comme moins grave que celui de l'utérus parce qu'il ne dissèque pas les plans profonds et parce que son siège dans la muqueuse le fait reconnaître de bonne heure ; son opération est, par conséquent, généralement précoce et peut être radicale.

Tout porte à croire que dans ces cas la présence d'une tumeur de nature placentaire et végétante dans la muqueuse du vagin sans néoplasme de l'utérus ne peut être due qu'à une greffe pendant le passage du placenta, greffe de villosités choriales normales ou pathologiques (puisque rien ne permet de les distinguer histologiquement) dont l'évolution a produit la tumeur actuelle. Je considère ce fait comme une des greffes parasitaires vraiment les plus cusieuses que j'aie rencontrées. Je désire borner là ces quelques réflexions, mon élève Duplay devant développer ce sujet dans sa thèse inaugurale.

M. Paul Reynier. — J'ai eu l'occasion d'opérer deux déciduomes, et un certain nombre de môles hydatiformes. L'affection n'est pas aussi rare que semble le croire M. Faure et depuis les travaux de Durante, de Letulle et Bonnaire, elle nous est bien connue. Comme toutefois l'a fait remarquer notre collègue, le diagnostic différentiel entre l'épithélioma vulgaire et le déciduome ne se fait guère que les pièces en mains, et tout au plus peut-on avoir des présomptions par les antécédants, l'histoire de grossesse antérieure, du siège de la lésion.

Toutefois, si je prends la parole, c'est surtout au point de vue du pronostic de ces tumeurs.

Le déciduome, comme l'a fait remarquer M. Faure, est souvent une lésion maligne, qui paraît très redoutable par ses métastases et ses tendances à l'envahissement; toutefois je ferai remarquer que, si on a la chance d'opérer précocement, comme cela m'est arrivé une fois, il semble qu'on puisse avoir des résultats meilleurs qu'avec l'épithélioma. Ainsi j'ai opéré un déciduome malin, dont le diagnostic histologique avait été fait par M. le Dr Josué, qui s'occupait alors de mon laboratoire de bactériologie. Il s'agissait d'une femme encore jeune, de trente-cinq ans, que j'opérais pour des pertes ayant résisté à un curettage fait antérieurement; je trouvai au fond de l'utérus une néoformation, attenante à la muqueuse et, la faisant examiner, on me répondait : déciduome malin. Je fis même une leçon sur ce cas, qui m'avait paru curieux. Or, il y a de cela cinq ans, et j'ai eu dernièrement l'occasion de revoir la femme qui est encore bien portante. Au début, en effet, on se trouve en présence d'une tumeur qui n'est que greffée sur la muqueuse même, et qui peut ne pas encore avoir envahi profondément le tissu utérin. On se trouve donc dans d'excellentes conditions pour enlever le mal en totalité.

Quant à la môle, on est à l'heure actuelle plus hésitant sur le pronostic de ces tumeurs. La majorité des accoucheurs semble de plus en plus les regarder comme tumeurs malignes, et sont de plus en plus portés à assombrir le pronostic. C'est sous cette impression que j'ai eu l'occasion d'enlever deux utérus après la sortie de la môle. Je faisais ces hystérectomies vaginales dans l'idée de ne laisser aucun débris suspect.

Or, chez la première malade, je faisais trois mois après l'expulsion de la môle-l'hystérectomie, poussé à cette opération par mon ami Bonnaire, et je fus frappé de trouver contre mon attente un utérus tout à fait normal. Quant à la seconde malade, elle avait expulsé une môle au mois de juillet. M. Savariaud lui fit un curettage; elle continuait à perdre; elle me revint au mois d'octobre, et toujours hanté de l'idée de la malignité de la lésion,

je lui fis une hystérectomie vaginale. Or, à l'œil nu, l'utérus ne présentait qu'une vascularisation anormale, et ne paraissait pas un utérus en voie de dégénérescence maligne. Je l'ai d'ailleurs donné à examiner, et je pourrai la fois prochaine vous apporter le résultat de cet examen. Il ne semble donc pas, d'après ces faits, qu'après l'expulsion d'une môle l'hystérectomie s'impose, comme elle devrait s'imposer en présence d'une tumeur franchement maligne. Malheureusement, encore une fois, nous ne sommes pas complètement fixés sur la nature des môles, et il serait utile que chacun de nous pût apporter les observations qu'il a recueillies afin d'être à même, grâce à la multiplicité des cas, de fixer notre opinion.

M. Routier. — A propos du pronostic de môle hydatiforme dont a parlé M. Faure, je ferai remarquer qu'il y a déjà fort longtemps j'ai présenté ici deux cas de môle hydatiforme très volumineux que j'ai enlevé par simples curettages, et je crois pouvoir affirmer que mes malades vont fort bien ; je tâcherai de les retrouver, et vous dirai plus tard ce qu'elles sont devenues.

M. Hartmann. — Il me semble que, dans la discussion actuelle, on a confondu toutes les tumeurs d'origine placentaire. Or, il y a parmi elles des différences considérables. Il y a des déciduomes bénins et un déciduome malin, dont la malignité est grande, qui envahit les vaisseaux, donne lieu à des hémorragies très graves, et qui constitue, à mon avis, une des formes les plus graves de néoplasme utérin.

Sur la toxicité du naphtol camphré et les raisons qu'on a de s'en servir, par M. le Dr Calot,

Rapport de M. le Dr A. GUINARD.

Dans notre séance du 11 mai dernier, j'ai fait à cette tribune une communication sur les intoxications par le naphtol camphré. A l'occasion d'une mort survenue sous mes yeux dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, quarante-cinq minutes après une injection de naphtol camphré dans la poche d'un ganglion tuberculeux ramolli, j'avais avec mon interne M. Calvé, réuni toutes les observations analogues publiées jusqu'ici et j'avais trouvé six cas de mort et quatorze observations dans lesquelles des accidents graves ont suivi une injection de naphtol camphré. J'avais conclu de mon étude qu'il fallait renoncer absolument à l'emploi de ce médicament.

La grande majorité des chirurgiens m'avait semblé appuyer cette conclusion radicale, malgré les réserves faites par MM. Perier, Moty, Reboul (de Nimes). Aussi n'avais-je nullement l'intention de revenir sur ce sujet, bien que de nouveaux documents confirmant ma manière de voir fussent venus à ma connaissance.

Mais voici que vous m'avez chargé de faire un rapport sur un mémoire intéressant qui nous a été adressé par M. Calot, et de plus, M. Desesquelle « le père du naphtol camphré », a de nouveau écrit sur ce sujet tout récemment. Il y a là matière à discussion, d'autant plus que malgré les arguments nouveaux, je crois devoir conserver l'opinion que j'ai formulée dans ma première communication.

M. Calot, après avoir rappelé que c'est lui qui a signalé ici même le premier fait d'intoxication grave par le naphtol camphré, comme je l'ai dit d'ailleurs, M. Calot avoue « que ses aides ou lui ont eu deux accidents mortels à déplorer, cela, il est vrai sur plus de cinquante mille (*sic*) injections faites dans ces quinze dernières années ».

Averti par ces deux morts et « par divers incidents auxquels ce médicament a donné lieu de temps à autre », M. Calot écrit « qu'il n'emploie le naptol camphré qu'avec la plus grande circonspection et non sans une certaine émotion ». Et malgré tout, ajoute-t-il, je n'ai pas renoncé à son usage pour deux raisons :

1° Parce que j'ai conscience qu'il a été commis une faute de technique, chaque fois que nous avons eu un incident.

2° Parce que le naphtol camphré guérit dans bien des cas où les autres médicaments éther iodoformé, créosote, iodoforme, chlorure de zinc, salol, thymol camphré, etc.), se sont montrés impuissants à nous donner la guérison.

Étudions ces deux points séparément.

Technique. — M. Calot est convaincu qu'en soignant la technique on évitera les accidents. Il en donne pour preuve que depuis cinq ans, il n'a plus eu d'accident, « bien que ses internes ou lui, l'emploient à raison de plus de cent injections par jour bien souvent ». Quelle est donc cette technique qui a permis à M. Calot de faire « plus de dix mille injections », sans accident depuis cinq ans? Je cite ici textuellement. « Je n'injecte jamais le naphtol camphré en tissu sain et je cherche par conséquent lorsque je fais une injection dans un abcès froid à m'assurer que je n'ai pas dépassé la paroi de cet abcès, que je n'ai pas accroché avec mon aiguille cette paroi. Si j'ai des doutes à ce sujet après la ponction, je renvoie à la fois suivante l'injection, ou bien je fais cette injection avec un autre liquide modificateur. De même je n'injecte jamais le naphtol lorsque le liquide est revenu teinté

de sang. Je ne l'injecte pas dans une synoviale articulaire presque normale, qui absorbe si vite, ni dans une masse ganglionnaire non ramollie.

« Ou bien je n'injecte dans ces divers cas que la quantité de naphtol camphré à la résorption de laquelle je souscris d'avance, suivant l'heureuse formule de M. Quénu. Mais cette quantité, quelle est-elle? Pour l'enfant, de deux à quinze gouttes suivant l'âge; pour l'adulte de vingt à trente gouttes. Et je pousse alors l'injection très lentement en deux ou trois minutes au lieu de la pousser en trois secondes. »

M. Moty nous avait déjà dit ici qu'il n'employait que des doses infimes, « une ou deux gouttes dans les ganglions » : et je lui avais répondu qu'il serait sans doute aussi efficace de ne rien injecter du tout. M. Calot s'inscrit en faux contre cette manière de voir, et dit qu'il obtient la guérison avec ces « doses infimes » en répétant ces injections tous les jours et même deux fois par jour. De plus il ne se sert que de naphtol camphré fraîchement préparé et maintenu à l'abri de la lumière. Et « dans les cas délicats » il l'emploie non pas pur, mais mélangé à la glycérine ou à l'huile qui en retardent l'absorption. Ce mélange renferme 2/3 de glycérine et 1/3 seulement de naphtol camphré.

Je pense qu'en lisant tous ces détails, il est impossible de n'être pas terrifié, et j'imagine que bien peu de praticiens auront l'audace d'user d'un pareil médicament, à moins qu'il ne soit bien et dûment démontré que rien ne peut le remplacer. C'est à cette démonstration que M. Calot consacre la seconde partie de son travail.

Supériorité du naphtol camphré. — Suivant M. Calot, le naphtol camphré n'est pas plus spécifique de la tuberculose que la curette tranchante. Mais « il agit en amenant une irritation substitutive, ou plutôt en ramollissant, en liquéfiant les fongosités tuberculeuses, en les mettant ainsi dans un état physique qui permet de les évacuer au dehors par une ponction avec une fine aiguille. Les autres médicaments n'agissent guère qu'en favorisant la résorption des tissus tuberculeux. Or, le malade est bien mieux guéri lorsque ces produits sont ainsi expulsés de l'organisme par une ponction que lorsqu'ils restent dans les tissus,quelque modifiés, quelque sclérosés qu'on les suppose ». On obtient dit-il, avec le naphtol une « guérison à type liquide », bien supérieure à la « guérison à type sec » (par résorption).

Dans son esprit, le naphtol camphré est une véritable curette chimique, et on obtient avec lui, mais sans cicatrices, le même résultat qu'avec le bistouri et la curette, ce qu'aucun autre médicament ne saurait donner. Il cite d'ailleurs un de ses assistants

qui use de l'éther iodoformé et qui a « de beaucoup moins belles et de beaucoup moins nombreuses guérisons que dans les établissements où le naphtol camphré est en faveur ».

Et enfin, comme conclusion, M. Calot termine ainsi : « Je continuerai à employer le naphtol camphré, mais en prenant, bien entendu, les mille précautions que j'ai dites. Je n'y renonce pas plus après la communication retentissante de M. Guinard, que je renonce à l'emploi du laudanum, du mercure ou du sérum antidiphtérique malgré les cas d'intoxication par ces médicaments, qu'on a publiés. »

Je pense avoir ainsi résumé très fidèlement le travail de M. Calot et il me reste à dire pourquoi je m'en tiens à ma conclusion première, à savoir que « les dangers réels que présente l'emploi du naphtol camphré ne sont pas compensés par sa vertu spécifique ».

Ses dangers. — J'ai apporté ici six cas de mort, en comptant le mien. J'ai eu depuis en mains les deux observations de morts citées par le Dr Millon (j'en ai parlé à notre séance du 25 mai). J'ai en outre une longue observation du Dr L'Hoest (de Liége) dans laquelle l'intoxication par le camphre fut si grave que le Dr L'Hoest « déclara à la mère de l'enfant qu'il était perdu, tant il était persuadé qu'elle ne survivrait pas à une attaque (d'épilepsie) de cette violence. » Enfin j'ai encore deux faits inédits dans lesquels la mort est survenue après une injection de naphtol camphré; mais je ne puis donner les détails de ces deux observations. Si j'ajoute à ma liste les deux morts du mémoire de M. Calot, j'arrive au respectable total de douze morts.

Eh bien, je dis que c'est vraiment trop. Et je ne parle pas des incidents inquiétants non suivis de mort. M. Perier, M. Reboul, M. Desesquelle (*Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris*, séance du 3 novembre 1904), nous disent comme M. Calot que « si le naphtol camphré a donné lieu à des accidents, c'est que son mode d'emploi a été défectueux ou que les règles de sa posologie ont été mal observées (Desesquelle). Je n'y contredis pas : mais en vérité, à lire tous ces détails de technique, c'est à se demander si c'est là un médicament maniable. C'est au point que M. Desesquelle conseille en fin de compte (*loc. cit.*) d'étendre le naphtol camphré d'un liquide dans lequel il est soluble, huile d'amandes douces, alcool ou éther, quand la cavité où on l'injecte est grande. Il faut pour parler ainsi avoir la conviction profonde que c'est là un topique indispensable pour la cure des tuberculoses ganglionnaires. Eh bien, quoi qu'en dise M. Calot, j'avoue que je ne suis pas de cet avis. Les considérations que j'ai citées plus haut sur son mode d'action, par liquéfaction, me paraissent très théoriques et je sais des chirurgiens qui guérissent fort bien

leurs malades sans avoir jamais usé du naphtol camphré. Je ferai dorénavant comme eux, ainsi que le dit si bien M. Rochard dans son excellent article du *Bulletin de thérapeutique*. J'ajoute que pour toutes les injections médicamenteuses, il est indiqué de prendre les précautions communes, de ne pas traverser la paroi opposée de l'abcès, de ne pas pousser l'injection quand le pus aspiré est teinté de sang, etc., mais sous ces réserves, il me paraît prudent de ne pas user d'un médicament qu'il faut doser par gouttes, sous peine d'encourir les plus graves mécomptes.

En d'autres termes, la technique indiquée par M. Calot, dosage à part, est bien celle que nous suivons tous. Personne ne pousse l'injection sans s'être assuré qu'il ne s'écoule pas du sang par l'aiguille; personne ne se soucie d'accrocher la paroi opposée de l'abcès et de faire l'injection hors de la poche. C'est donc surtout la question du dosage qui distingue la pratique de M. Calot et toute la question, je le répète, revient à savoir si vraiment, avec des injections répétées de une ou deux gouttes de naphtol camphré, on arrive à guérir des tuberculoses ganglionnaires ramollies, qui résisteraient à tout autre topique.

M. Calot argue des cinquante mille injections de naphtol camphré qu'il a faites pour justifier son sentiment. J'avoue que son expérience est grande sur ce point et qu'il me faudrait supprimer quelques zéros à son chiffre pour citer le total de celles que j'ai pu faire, bien qu'elles soient encore très nombreuses. Mais je ne suis pas très impressionné par des chiffres ainsi basés sur des évaluations faites de mémoire. On croit de très bonne foi, avoir pratiqué une opération « des centaines de fois » et quand on consulte son registre, on est tout surpris de voir que le chiffre exact diffère notablement de ce qu'on avait cru. Si on veut s'en tenir « à des impressions » je dirai que mes malades me semblent guérir actuellement comme au temps où j'usais du naphtol camphré. Et au moins, je me sers de liquides facilement maniables et qu'il n'est pas nécessaire de doser au compte-gouttes. Je ne veux pas entrer dans la discussion des mérites respectifs des divers médicaments qu'on peut injecter dans les collections tuberculeuses. Je me borne dans ce rapport à rejeter formellement l'emploi du naphtol camphré, en me basant sur les dangers très réels qu'il présente quand on en use à des doses maniables et je rappelle une observation de mon mémoire où cinq gouttes de naphtol donnèrent de graves accidents.

Le travail intéressant de M. Calot, loin de me convaincre avec ses « guérisons à type liquide ou à type sec, » n'a fait que me confirmer dans cette manière de voir, avec ses accidents nombreux dont deux mortels.

Je propose en terminant de remercier M. Calot de sa communication et de déposer son mémoire dans nos archives.

M. Pierre Delbet. — Je demanderai à mon ami Guinard à combien de malades ont été faites ces cinquante mille injections. Ce chiffre paraît impressionnant, mais c'est un trompe-l'œil. Il n'est pas probable que M. Callot ait soigné cinquante mille tuberculeux : il a dû faire plusieurs injections au même malade, peut-être un grand nombre, et, par là, sa statistique est tout à fait modifiée.

Supposons que l'on fasse dix injections au même malade, et que ce malade succombe. Si l'on vient nous dire : « sur dix injections, j'ai perdu un malade », on a l'air d'en avoir sauvé neuf, alors que, en réalité, le seul malade soigné est mort. Voilà pourquoi je dis qu'il peut y avoir là un trompe-l'œil.

Lecture et présentations de malades.

M. Doyen lit une note sur le *micrococcus neoformans*, et les résultats qu'il a obtenus dans le traitement du cancer et montre 8 malades. — (Renvoyé à une Commission composée de MM. Berger, Monod, Nélaton, Kirmisson. Delbet, rapporteur.)

Névralgie faciale. Résection du nerf maxillaire supérieur et du nerf maxillaire inférieur.

M. A. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter une malade de cinquante-six ans, à qui j'ai fait il y a quinze jours dans la même séance l'opération de Lossen-Braun-Segond, et l'opération de Kronlein, pour réséquer les nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur dans leur totalité à partir du trou grand rond et du trou ovale. Voici le résumé de son observation qui a été prise par mon excellent interne M. Diel.

Cette femme, Rosalie G..., a commencé à souffrir il y a quinze ans de douleurs névralgiques siégeant à la face inférieure de la langue du côté gauche, et à la face interne des gencives du même côté. Les douleurs revenaient par crises : et au début la malade restait deux ou trois semaines sans souffrir. Bientôt les douleurs s'installèrent pour deux ou trois mois sans interruption, et les

périodes d'indolence se firent plus rares et plus courtes, tandis que les crises augmentaient en durée et en intensité. La malade se fit d'abord arracher quelques dents; puis, il y a six mois, elle en fit enlever dix, si bien qu'actuellement il n'en reste plus une seule, et qu'on peut voir un rebord gingival mince, luisant, atrophié, comme on en trouve dans la « névralgie des édentés ».

Les crises étaient avant l'opération absolument incessantes, se répétant toutes les cinq ou dix minutes. La malade ressent une vive brûlure « comme si on lui enfonçait des aiguilles sous la langue, et comme si par instants des bombes éclataient dans la gencive ». Les douleurs s'étendent aussi à la lèvre supérieure, près de la narine gauche. Au toucher on trouve des point douloureux très nets.

1° Au devant du tragus, point pré-auriculaire;
2° Sur la gencive supérieure gauche;
3° Sur la gencive inférieure gauche;
4° Au niveau du sillon labial gauche.

Le point sous-orbitaire et le point mentonnier à l'émergence du sous-orbitaire et du dentaire inférieur ne sont pas douloureux.

Ce qui frappe surtout, c'est que le siège maximum de la douleur, « le nid », comme dit la malade, est dans la langue, ou mieux *sous* la langue. La sensibilité au contact est normale partout. La malade réagit surtout au froid; l'éprouvette chaude ne donne pas de douleurs, alors que la froide en éveille constamment.

Enfin, j'ajoute qu'il n'y a pas trace de syphilis héréditaire ou acquise chez cette malade. Elle a eu quatre enfants tous bien portants et n'a jamais été malade.

Fidèle aux principes que j'ai naguère exposés ici même sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale, j'ai commencé par l'opération la plus simple et la plus innocente. J'ai pratiqué l'opération de Jarre, la résection du rebord gingival. Mais j'avoue que je n'avais pas grande confiance dans le succès pour ce cas particulier où les douleurs siégaient surtout sur le territoire du lingual. Le fait est que le jour même de l'opération, les crises se répétèrent presque aussi violentes qu'auparavant. Je me décidai donc à pratiquer le 27 novembre 1904 la résection des deux branches inférieures du trijumeau à partir des trous grand rond et ovale.

Depuis le réveil de la malade toute douleur a absolument disparu, mais ce n'est pas pour cela que je présente ici la malade, car l'important est de savoir combien de temps durera la guérison, et nous savons tous combien la récidive est fréquente en pareil cas.

Je veux seulement montrer combien la difformité est légère

malgré tout ce qu'on a dit sur ce sujet. C'est en partie pour éviter ces grandes cicatrices de la face que M. Poirier a imaginé un procédé qui consiste à aller sectionner à l'aveuglette le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond, par une simple boutonnière verticale sus-zygomatique. On peut juger ici que les cicatrices sont à peine visibles — et cela *quinze jours* après l'opération. Il y a eu pourtant, en dehors de l'incision sous-orbitaire et de l'incision au niveau du trou mentonnier une vaste incision en fer à cheval, avec résection temporaire de l'arcade zygomatique et section de l'apophyse coronoïde pour relever le muscle temporal en totalité. J'ai eu seulement soin d'enlever les fils au cinquième jour. Or, l'avantage que je trouve à cette incision large et à ces résections temporaires, c'est qu'elles permettent d'enlever toute la graisse de l'excavation pterygo-maxillaire et tous les filets nerveux qu'elle contient; elle permet de gratter la tubérosité du maxillaire supérieur et de détruire ainsi les filets dentaires, en donnant un large accès dans la profondeur. Je n'ai jamais eu d'hémorragie sérieuse en agissant ainsi violemment dans cette région, et je pense qu'on n'a rien à craindre de ce côté. Je signalerai en terminant un petit point de technique à retenir. Ceux qui écrivent à ce sujet un peu théoriquement, en se basant sur des études cadavériques, donnent comme point de repère pour trouver le trou mentonnier de se guider sur la seconde petite molaire. Or, en pratique, il s'agit presque toujours comme ici de malades qui n'ont pas de dents : on ne peut donc que se guider sur le trou sous-orbitaire qui est, comme on le sait, sur la même verticale que l'échancrure sus-orbitaire et le trou mentonnier.

En résumé, j'insiste surtout sur la difformité insignifiante qui résulte de l'opération large avec résection temporaire de l'arcade zygomatique et de l'apophyse coronoïde, en faisant remarquer que seule cette opération permet un curage soigné de la région et une extirpation complète du lingual, du dentaire inférieur, du nerf maxillaire supérieur et des ganglions annexés. C'est à ce prix seulement que selon, moi, on peut espérer obtenir des guérisons prolongées.

Suture du cholédoque. Suspension du foie en hamac.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade âgée de quarante-neuf ans chez qui j'ai dû pratiquer une cholédochotomie suivie de suture et une hépatopexie.

Les premiers accidents de lithiase biliaire remontent à sept ans. L'ictère s'est installé il y a deux ans et il a persisté avec de temps en temps un léger éclaircissement de la teinte qui coïncidait avec une décoloration momentanée des matières.

La malade est entrée dans mon service à l'hôpital Dubois le 18 novembre de cette année. Alors son ictère était foncé et les matières complètement décolorées.

Le foie sans être très notablement augmenté de volume était en antéversion et très abaissé. Le bord antérieur de son lobe droit descendait dans la fosse iliaque. La vésicule biliaire n'était pas perceptible.

Le diagnostic de calcul du cholédoque me parut évident et j'entrepris de l'enlever le 22 novembre.

Je fis sur le bord externe du muscle droit une incision relativement basse en raison de la ptose.

Le foie étant relevé et la première portion du duodénum attirée vers le bas, je pus sentir le calcul dans le canal cholédoque, et en passant l'index dans l'hiatus de Winslow qui était libre, je pus le saisir entre deux doigts.

Mais bien que la colonne vertébrale fût mise en extension, il restait très profond. De plus la portion sus-duodénale du cholédoque était courte et en outre le cholédoque était croisé obliquement dans sa portion accessible par l'artère gastro épiploïque droite qui lui adhérait intimement. Enfin le calcul était à moitié derrière le duodénum.

Pour toutes ces raisons l'extraction était difficile. J'ouvris le cholédoque au-dessus de l'artère gastro-épiploïque ; je fis facilement remonter le calcul jusque-là, mais, au lieu de s'engager dans l'incision, il remonta au-dessus, jusqu'au fond du hile du foie où il devint beaucoup plus difficile à atteindre.

Enfin je réussis à l'extraire et le voici. Il est cylindrique ; son diamètre est de 21 millimètres ; à ses deux extrémités il porte des facettes lisses qui semblent indiquer la présence d'autres calculs, et cependant il n'y en avait pas d'autres. J'ai exploré le cholédoque non pas avec une sonde, mais avec le doigt. Par l'incision faite pour extraire le calcul, j'ai introduit l'index et en le recourbant en bas, puis en haut, j'ai pu explorer toute la partie distendue : il n'y avait pas de calcul; et la parfaite guérison de la malade prouve aussi qu'il n'en existait pas d'autres. Y en avait-il eu antérieurement d'éliminés par l'intestin, il a été impossible de le savoir.

Comme la bile qui s'était écoulée du cholédoque était parfaitement fluide, comme il n'y avait jamais eu aucun symptôme d'infection, je résolus de faire la suture du cholédoque. Je réussis

avec beaucoup de difficultés à faire deux plans de surjet au catgut.

Je ne voulais pas laisser le foie dans l'état de ptose et d'antéversion où il se trouvait ; mais d'autre part je ne voulais pas prolonger beaucoup une opération qui avait été déjà longue et laborieuse.

Je relevai le foie : mais soit en raison de son augmentation de volume, soit plutôt en raison de l'abaissement du diaphragme ; il était impossible de le réintégrer sous les fausses côtes. Dans la position la plus élevée qu'on pouvait lui donner, le bord inférieur de son lobe droit était un peu au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic. J'essayai de le maintenir dans cette position en soutenant sa face inférieure par un hamac de gros catgut.

Pour cela je passai trois gros fils doubles à travers le péritoine et le tissu cellulaire sous-péritonéal. Chaque fil prenait point d'appui en arrière dans la fosse lombaire en dehors du mésocôlon, en avant au niveau du muscle droit, à gauche de l'incision pariétale. Chaque fil était la anse, par conséquent, double : le hamac était donc composé de six fils volumineux, ce qui représente une résistance considérable. Lorsque je serrai ces fils, le péritoine attiré fit une assez forte saillie en arrière ; il en fit une très petite en avant, car j'avais passé les fils plus profondément et peut-être pris la gaine du droit. En tout cas, les deux saillies péritonéales restèrent fort loin l'une de l'autre et c'est réellement le hamac de catgut qui soutenait le foie. J'espère qu'il contractera des adhérences au niveau de ses bords avec les éperons péritonéaux et que des tractus fibreux se substitueront au catgut. Actuellement vous pouvez constater que le foie est bien resté dans la position où je l'ai fixé, mais l'opération ne date que de vingt-deux jours. Sans doute le catgut nest pas encore résorbé et il faut attendre pour juger du résultat.

Je reviens à la suture du cholédoque pour vous dire qu'elle a parfaitement tenu.

Dans le cas où cette suture est indiquée, elle échoue souvent Je me demande si ce n'est pas parce qu'on se comporte comme si elle ne devait pas réussir. En effet, en général, après avoir exécuté la suture on fait un drainage comme si elle devait échouer et il me semble que par là même, on l'empêche dans une certaine mesure de réussir. Il me semble que la suture qui repose sur un tube de caoutchouc ou sur un paquet de gaze est dans des conditions beaucoup moins favorables que celle qui est entourée de tissus vivants qui peuvent rapidement lui adhérer et la vasculariser.

Dans ce cas, j'ai mis tout simplement une petite mèche de deux épaisseurs de gaze, large d'un centimètre, et je l'ai placée non pas sur la suture du cholédoque, mais à côté d'elle. Je l'ai enlevée le troisième jour, il n'a pas coulé une seule goutte de bile.

Vous voyez qu'aujourd'hui, vingt-deux jours après l'opération, la malade est parfaitement guérie. L'ictère a complètement disparu, le foie est resté en place, la malade ne ressent aucune douleur; sa santé générale est très bonne.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion, il y a environ trois semaines, de faire une suture totale du cholédoque, et de constater que cette suture tenait très bien. Il s'agissait d'une malade ictérique chez laquelle le diagnostic était hésitant entre une tumeur du pancréas et un calcul du cholédoque. Le ventre ouvert, je trouvai une vésicule dilatée, et pensai immédiatement que j'étais en présence d'une obstruction néoplasique en me fondant sur le signe Courvoisier-Terrier. Mais une ponction de la vésicule m'ayant donné un liquide absolument incolore, je fus repris par mes hésitations primitives, et me demandai si je ne me trouvais pas en présence d'une mucocèle de la vésicule; je suivis le cholédoque jusqu'au pancréas, et trouvai une petite induration qui me fit de nouver penser à un calcul. J'ouvris le cholédoque, il contenait un liquide incolore identique à celui contenu dans la vésicule. Je réexplorai alors avec plus de soin le pancréas; il y avait bien réellement une tumeur, dont mon premier palper rapide ne m'avait fait constater qu'une bosselure. Dans ces conditions, je suturai l'incision du cholédoque, et terminai par une cholécystentérostomie. Pas une goutte de bile n'a filtré, et la malade a guéri parfaitement.

Comme le dit M. Delbet, on peut suturer avec succès le cholédoque. La question qui se pose est de savoir s'il y a intérêt à faire en général cette suture. Ce qui doit nous guider à cet égard, c'est l'état septique ou aseptique de la bile. Quand la bile est infectée, il y a intérêt à ne pas suturer. Le drainage des voies biliaires est assuré; il assure la désinfection et abrège la durée de l'intervention. La plaie se ferme toujours spontanément. C'est pourquoi nous nous abstenons, en général, de suturer après la cholédochotomie.

Présentations de pièces.

Vaste déchirure de la paroi œsophagienne par tentative d'extraction d'une pièce de monnaie sur une enfant de deux ans et demi.

M. PIERRE SEBILEAU. — Dans un travail que j'ai lu il y a deux ans à cette tribune, après avoir montré les lésions nécrotiques engendrées par la présence des corps étrangers dans la cavité œsophagienne et avoir donné le résultat de quatre œsophagotomies externes pratiquées par moi sur des enfants, je disais que l'extraction de ces corps étrangers par les voies naturelles (et plus particulièrement des pièces de monnaie, puisque c'est de pièces de monnaie qu'il s'agissait) était un procédé aveugle, capable de devenir brutal dans les mains les plus douces, et qu'il fallait absolument le proscrire dans tous les cas où l'on était en droit de soupçonner, par le seul fait que l'accident remontait à quelques jours, une sérieuse altération des parois de l'œsophage.

J'ajoutais, qu'au contraire, la date tout à fait récente de l'accident en justifiait ordinairement l'application; mais, rappelant un cas où, sur un jeune enfant, dix jours après le traumatisme, dans les mains de mon interne, le panier de Graefe et le crochet de Kirmisson avaient été employés par mon interne, j'ajoutais que personnellement, dans de pareilles conditions, la pièce ayant séjourné plus d'une semaine dans l'œsophage, je n'aurais certainement pas eu recours au même procédé.

Or, je viens aujourd'hui vous rapporter un fait qui montre quelle extrême gravité peut présenter l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par les voies naturelles, même quand l'accident remonte à peine à quelques heures et que les parois de ce corps étranger sont dépourvues de toute aspérité. C'est encore d'enfant et de pièce de monnaie qu'il s'agit.

Le lundi matin, 4 décembre, une mère conduisait à ma consultation de Lariboisière sa jeune enfant âgée de deux ans et demi; cette enfant avait avalé une pièce de cinq centimes trois jours (1) avant; elle ne présentait aucun accident; un médecin avait défendu les aliments solides; la déglutition des liquides était facile; il n'existait pas de troubles respiratoires.

J'étais, à ce moment, dans mes salles: mon assistant, celui-là

(1) C'est par erreur que j'ai dit trente-six heures en faisant ma communication.

précisément qui, étant autrefois mon interne, avait éprouvé, dans le cas que je vous rappelais tout à l'heure, les difficultés de l'extraction par les voies naturelles, devant la date très récente de l'accident, tenta la même opération.

Il descendit sans peine le panier de Graefe, mais quand il voulut le remonter, celui-ci se trouva arrêté et une traction légère ne suffit pas à lever l'obstacle. Après une pause de quelques instants, l'instrument ayant été, de nouveau, descendu, la manœuvre d'extraction fut recommencée, mais le même obstacle se dressa contre elle. L'enfant devint alors violacée; l'opération fut, momentanément, suspendue.

Introduisant aussi profondément que possible son index gauche dans la profondeur du pharynx pour explorer la région et donner un guide au panier, l'opérateur, continuant à exercer sur celui-ci une traction modérée, parvint cependant à l'extraire; il n'avait pas ramené le corps étranger.

La petite patiente fut prise à ce moment d'une quinte de toux; elle rendit quelques crachats sanglants; dans les voies aériennes, des mucosités commençaient à gargouiller.

L'on vint alors me chercher. A voir la respiration haletante de l'enfant, son inquiétude, l'agitation de son pouls, la teinte à la fois pâle et violacée de son visage, le refroidissement sensible des mains, je jugeai de ce qui venait de se produire. Elle fut aussitôt couchée et réchauffée.

Dans les premières heures qui suivirent, aucune modification des choses ne survint : même dyspnée, mêmes râles dans les voies respiratoires supérieures, même expectoration. Puis il y eut tendance à la syncope. Après un bain sinapisé, l'enfant parut sommeiller un peu.

Vers 4 heures, éclatèrent manifestement tous les signes d'une congestion pulmonaire suraiguë. L'oppression était très grande, nettement pulmonaire, sans qu'aucun bruit, aucun gargouillement dénotât l'encombrement laryngo-trachéal; le pouls était incomptable, la respiration extrêmement fréquente, le corps couvert de sueur. L'auscultation révélait comme une « véritable pluie » de râles dans toute la masse des poumons qui donnaient de la submatité à la percussion. On aurait dit d'une bronchite capillaire suraiguë, d'un véritable catarrhe suffocant. Malgré les bains, les enveloppements, toute la thérapeutique médicale, les symptômes ne firent que s'aggraver; le poumon gauche, moins frappé d'abord, fut pris, à son tour, dans toute sa hauteur, et le matin, vers 5 heures, dix-huit heures après l'opération, l'enfant mourut dans un étouffement progressif.

Voici les pièces que nous avons recueillies :

Vous voyez dans le tiers supérieur de l'œsophage, à la hauteur du cricoïde, une vaste déchirure longitudinale située sur le milieu de la face postérieure, tout aux confins du pharynx sur lequel elle empiète certainement.

Cette déchirure porte sur la musculeuse et la muqueuse; la celluleuse péripharyngo-œsophagienne, s'est décollée au delà des limites de la plaie musculaire et forme comme une sorte de petite poche où se trouve la pièce orientée de front, au droit de la perforation, tout à fait sortie de l'œsophage et tombée dans l'espace rétro-viscéral.

Rien au larynx ni à la trachée; rien dans le péricarde ni dans la plèvre. Congestion pulmonaire (1).

Telle est cette tristeobservation.

On ne peut interpréter les lésions que d'une seule manière : la pièce de monnaie, trop large pour la cavité de l'œsophage, s'était enclavée dans les parois latérales de celui-ci contractées sur elle. Quand le panier a fait, de bas en haut, effort sur le corps étranger, l'élasticité de l'œsophage a été débordée et la déchirure s'est produite sur la paroi postérieure, entre les deux points où s'exerçait la force de traction latérale, et très exactement entre eux deux. Les parois, cependant, n'étaient pas altérées; l'accident datait à peine de trois jours.

L'opérateur ici ne saurait être mis en cause; dans une intervention aussi aveugle, nous avons tous, à peu de chose près, la même habileté ou plutôt la même inhabileté opératoires et nous sommes nécessairement soumis à des contingences contre lesquelles nos qualités personnelles ne peuvent rien. Certes, dans le cas particulier, la déchirure ne se serait pas produite si le panier n'avait pas été retiré. Mais l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles est précisément une opération aléatoire au cours de laquelle il est impossible de savoir si l'on doit ou non s'arrêter. Toujours elle nécessite un effort d'extraction; toujours elle offre une résistance à vaincre. Eh bien, où est la limite de l'effort à donner? où commence la résistance devant laquelle on a le devoir de s'arrêter? A quelle sensation précise reconnaît-on qu'on peut tirer sur l'obstacle, ou bien au contraire qu'il faut abandonner l'instrument et, au premier corps étranger, en ajouter un second, le panier?

En réalité, on peut dire que pratiquement, par le seul fait qu'on

(1) Entre le moment où j'ai fait ma présentation et celui où je corrige les épreuves de ce manuscrit, j'ai disséqué et étudié les pièces qui avaient été recueillies par mes élèves et que je n'avais pas eu le temps d'examiner à oisir. J'ai trouvé des lésions sur lesquelles je reviendrai dans la prochaine séance.

commence une extraction par les voies naturelles, on est amené par la force des choses et, pour ainsi dire, malgré soi, à la terminer — au moins pour ce qui concerne l'instrument — et c'est précisément ce qui fait le danger de cette opération.

Évidemment, un fait comme celui que je viens de rapporter ne suffit pas à condamner une méthode qui, depuis si longtemps, à donné tant d'heureux résultats, et si souvent s'est montrée inoffensive; il y suffit d'autant moins que nous n'avons, jusqu'à ce jour, à opposer à cette méthode que l'œsophagotomie externe, opération qui, chez l'enfant surtout, où je l'ai pratiquée cinq fois, est véritablement assez difficile et non sans gravité. Je connais même deux cas où cette extirpation de pièces de monnaie par les voies naturelles a été suivie d'un plein succès quoique l'accident datât de plusieurs semaines déjà.

Mais, je n'en considère pas moins cette dernière opération comme une opération incertaine et dangereuse; depuis ma dernière communication, je l'ai pratiquée deux fois, sans accident, du reste, sur la demande expresse des parents; mais, je dois le dire, tout à fait à contre-cœur.

Le cas que je viens de rapporter n'est pas fait pour diminuer ma circonspection. Aussi bien avons-nous aujourd'hui, dans la pharyngotomie rétro-thyroïdienne que j'ai récemment décrite avec mon maître Quénu, une opération simple, facile, bénigne à coup sûr, et qui permet d'aller facilement chercher avec une pince et, pour ainsi dire, sous le contrôle de la vue, les corps étrangers qui, c'est au moins le cas des pièces de monnaie chez les enfants, s'arrêtent presque tous derrière la fourchette sternale. Ici cette opération aurait tout droit conduit sur le corps étranger.

Ostéome du psoas iliaque. Extirpation. Guérison.

M. Lucien Picqué. — Cette pièce m'a paru digne d'attirer votre attention par sa rareté et par la nature de l'intervention qu'a nécessité son extirpation.

Il s'agit d'un aliéné qui me fut adressé par mon collègue Sérieux au pavillon de chirurgie.

Ce malade, âgé de 30 ans, présentait une tumeur osseuse allongée dans le sens vertical et s'étendant depuis le col fémoral jusqu'au niveau de la limite supérieure du bassin dans la fosse iliaque gauche. Elle était adhérente au fémur.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient libres, mais la flexion de la cuisse sur le bassin était très limitée.

L'étiologie, ainsi que toutes les circonstances relatives à l'évolution de cette tumeur, restent obscures, car le malade ne peut donner aucun renseignement. Il se borne à nous dire qu'elle remonte à environ trois ans.

L'opération fut pratiquée avec l'aide de M. Grégoire, prosecteur de la Faculté, qui a bien voulu rédiger une partie de la note qui suit, et Jacques de Fourmestraux, interne des hôpitaux.

Mon but fut d'enlever la tumeur d'un seul bloc et de rester en dehors du péritoine.

L'opération fut conduite de la façon suivante :

Incision en T; la branche verticale du T commença à l'arcade crurale et descendit sur une hauteur de 12 à 15 centimètres sur le trajet de la ligne de ligature de l'artère fémorale.

La branche horizontale du T suivit le rebord de l'arcade crurale depuis l'épine pubienne jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Par l'incision verticale, il me fut possible d'aborder le point d'implantation de la tumeur; par la branche horizontale, je pus dégager son sommet en relevant le péritoine comme dans la découverte de l'artère iliaque externe.

Premier temps. — Dégagement du pédicule d'implantation. Lorsque la peau fut incisée, ainsi que la graisse sous-cutanée et l'aponévrose amincie de la cuisse, la tumeur apparut recouverte en dehors par le droit antérieur de la cuisse étalé et aminci, en dedans par des fibres musculaires du psoas et entre les deux muscles le nerf crural courait dans cette gouttière que l'on voit tracée à la face antérieure de l'ostéome.

Un trait de bistouri dégagea le bord interne du droit antérieur qui fut récliné en dehors. Le nerf crural fut détaché au bistouri de sa gouttière et récliné en dedans. Quelques coups de rugine détachèrent la plus grosse partie des fibres du muscle iliaque et du psoas qui se fixaient à la face antérieure de la tumeur.

Cette face, une fois dénudée, nous commençâmes à descendre vers le point d'implantation. Il nous fallut disséquer et récliner soigneusement le nerf du droit antérieur et son artère, le nerf du vaste externe; l'artère de ce muscle qui accompagne le rameau nerveux fut liée et sectionnée, car elle était collée à la tumeur. Ces artères et ces nerfs croisaient le pied de l'ostéome et purent être abaissés en bas et en dedans, de telle sorte que les muscles correspondants ont conservé leur intégrité fonctionnelle.

En arrivant sur la face interne du néoplasme, il nous fallut disséquer et décoller la fémorale qui adhérait fortement; il en fut

de même du nerf du vaste interne qui fut repoussé en dedans sous le même écarteur que l'artère.

Deuxième temps. — Le pédicule ainsi dégagé présentait une largeur de 6 centimètres environ. Il était impossible de le briser ou de le sectionner avec des pinces tranchantes. Il fut donc abattu au moyen du ciseau de Maç Even. Et ce temps ne fut pas le moins pénible de l'opération, tant était dure la substance de cette néoformation.

Troisième temps. — Lorsque enfin la section de la base d'implantation fut complète, nous nous mîmes en devoir d'aller dégager le sommet qui remontait dans la fosse iliaque jusque vers le promontoire sacré. L'arcade crurale fut relevée et le péritoine décollé de la fosse iliaque, et cela aussi haut que possible ; un solide écarteur relevait le tout en haut et en dedans.

A la rugine, alors, les fibres musculaires furent détachées de toute la surface du néoplasme comme on eût gratté une asperge. Les dernières adhérences furent arrachées par torsion. Cette opération se fit à peu près sans perte de sang.

Deux ou trois ligatures seulement furent placées sur des branches de la circonflexe iliaque externe et une autre sur le rameau externe que l'artère du quadriceps donne au vaste externe.

A la fin de l'intervention, la cuisse que l'on ne pouvait qu'à peine fléchir sur le bassin, était facilement portée en flexion complète.

Les suites opératoires ont été très simples. Apyrexie complète : au huitième jour, la cicatrisation est complète.

L'ostéome que je vous présente est formé de tissu compact, éburné.

Présentation d'appareil.

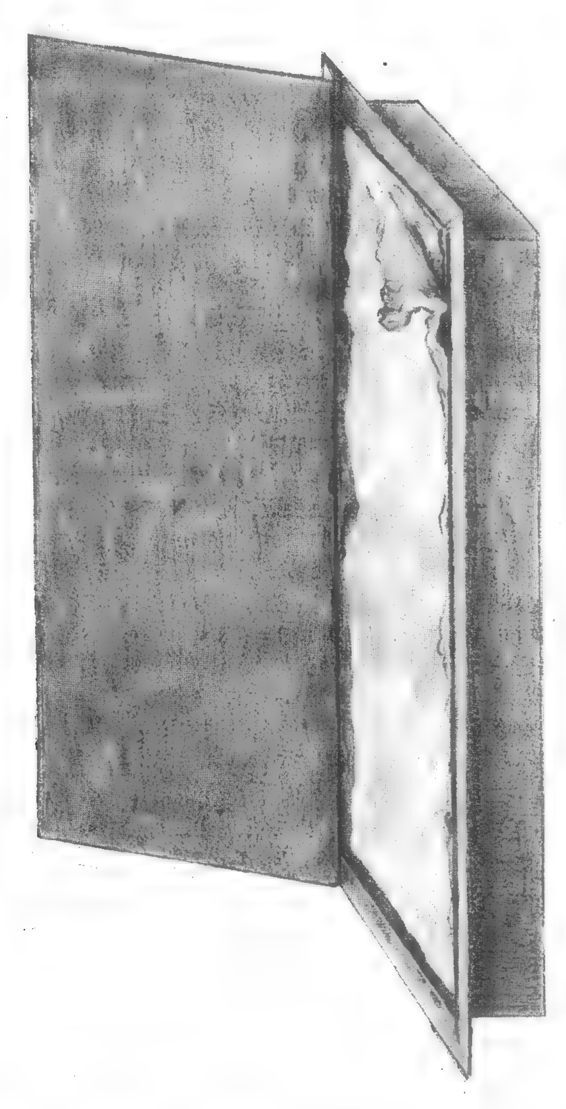
Nouveau mode de conservation des gazes stérilisées dans une enveloppe mince d'étain soudée à chaud.

M. Chaput. — Je vous présente des paquets de gaze au peroxyde de zinc conservée dans une enveloppe d'étain.

Ces gazes sont stérilisées à l'autoclave par la vapeur surchauffée dans un autoclave construit par M. le Dr Bombard, de Solesmes, et qu'il a fait breveter.

Les gazes sont placées dans des enveloppes d'étain en forme de boîte rectangulaire présentant un rebord en tablette, large de

1 centimètre, sur lequel une feuille d'étain se trouve posée à plat, avec un intervalle permettant la circulation de la vapeur. Les paquets sont superposés dans des cadres et introduits dans



Enveloppe d'étain ouverte sur trois côtés et laissant voir la gaze stérilisée qu'elle contient.

l'autoclave. Lorsque la stérilisation est terminée, les couvercles d'étain sont appliqués étroitement sur l'orifice des boîtes, et, à l'aide d'un fer rouge passé sur les bords, on soude les bords contigus. La fermeture des enveloppes est parfaite, et la conser-

vation à l'état aseptique aussi prolongée qu'on peut le désirer.

Pour ouvrir les enveloppes, on coupe avec des ciseaux ordinaires les bords saillants sur trois côtés, le quatrième servant de charnière.

On peut n'utiliser qu'une partie de la gaze pliée en accordéon, on rabat alors le couvercle d'étain et on replace l'enveloppe dans sa boîte d'emballage.

L'empaquetage dans les enveloppes d'étain a été également imaginé par M. le Dr Bombard, de Solesmes.

Ce procédé m'a paru mériter de retenir votre attention.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1904

Présidence de M. SCHWARTZ, vice-président.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Corps étranger de l'œsophage.

M. PIERRE SEBILEAU. — Je désire ajouter quelques détails complémentaires à la présentation que je vous ai faite dans la dernière séance. N'ayant pas eu le temps de disséquer la pièce, je n'avais pu l'étudier complètement et je m'étais contenté des documents qui m'avaient été fournis par mon assistant.

Or, cette pièce que je vous montre ici, présente une lésion de première importance; elle ne porte pas seulement la déchirure de la paroi œsophago-pharyngienne postérieure que je vous ai montrée mercredi dernier; elle en porte deux autres encore : celles-ci siègent plus bas, au niveau du point où l'œsophage s'enfonce dans le médiastin, derrière la fourchette sternale, au droit de la seconde dorsale. Elles sont tout à fait symétriques et occupent les deux parois latérales de l'œsophage qui sont intéressées dans toute leur épaisseur ; elles ont une longueur de près de 2 centimètres. Il ne peut s'élever aucun doute sur leur genèse : elles ont été produites par la périphérie tranchante de la pièce de monnaie, très vieille et très aiguisée par l'usure. Lorsque le sou, en-

traîné par le panier, a remonté dans la cavité œsophagienne, son tranchant a littéralement incisé la paroi droite et la paroi gauche, là où s'était établi avec cette paroi ce que j'ai appelé le contact tangentiel.

Ainsi se confirme pleinement ce que je disais l'an dernier du siège et de la nature des altérations de l'œsophage consécutives à la présence des pièces de monnaie dans la cavité de celui-ci.

Si, en effet, on peut discuter sur la manière dont a été faite la déchirure de la paroi œsophago-pharyngée postérieure, le mécanisme est de toute évidence pour ces deux plaies latérales qui, je le répète, ne peuvent avoir été produites que par l'action sécante de la pièce de monnaie entraînée par le panier de Græfe.

M. E. Kirmisson. — Dans la dernière séance, notre collègue M. Sebileau nous a présenté un œsophage dont les parois avaient été perforées dans les tentatives faites avec le panier de Græfe pour l'extraction d'un sou chez un enfant de deux ans et demi. Je ne m'étonne guère de ce résultat; je pense en effet que, d'une manière générale, le panier de Græfe est un instrument dangereux, et que, chez les petits enfants, au-dessous de quatre ans, il est complètement inapplicable. Ces dangers tiennent à ses aspérités, et aux mouvements de bascule dont il est doué, grâce à son mode d'articulation avec la tige qui le porte. Trop souvent il vient accrocher la muqueuse, au niveau du cartilage cricoïde notamment, et plus d'une fois, il a déterminé des déchirures, de cette muqueuse. Mais outre ces inconvénients inhérents à son emploi, quel que soit l'âge du malade, chez les très jeunes enfants, il est inapplicable à cause de son volume. Au niveau du rétrécissement intra-thoracique de l'œsophage, Mouton (*thèse* de Paris, 1874) dont les chiffres sont acceptés par les auteurs les plus récents, lui donne un calibre de 14 millimètres. Il n'est guère permis de penser que, chez un enfant de deux à trois ans, ce calibre dépasse 1 centimètre; aussi est-ce toujours à ce niveau que s'arrête le sou dont le diamètre mesure 25 millimètres. Si, à un œsophage ainsi dilaté par la présence d'un sou vous faites subir la surdilatation que causera la présence du panier de Græfe, dont le diamètre antéro-postérieur est d'un centimètre, il n'est rien d'étonnant à ce que vous produisiez la déchirure des parois.

D'autre part, la radiographie, dès son apparition, nous a révélé que les pièces de monnaie arrêtées au niveau du rétrécissement intra-thoracique de l'æsophage, se placent transversalement dans ce conduit. La dilatation considérable du canal œsophagien les maintient appliquées contre sa paroi antérieure, tandis qu'en arrière il reste une voie assez largement ouverte pour que les ali-

ments puissent aisément la franchir. Aussi ai-je pu voir des enfants qui, depuis trois semaines ou un mois, avaient un sou arrêté, dans l'œsophage, et chez lesquels la déglutition se faisait facilement. C'est ce qui m'a donné l'idée de faire construire par M. Collin un crochet qui, passant derrière la pièce de monnaie, pourrait la dépasser, et l'accrochant par en bas au retour, en pratiquer aisément l'extraction. Au lieu de posséder comme le panier de Græfe un diamètre d'un centimètre, mon crochet œsophagien ne mesure dans le sens antéro-postérieur que 5 millimètres, ce qui constitue, chez les jeunes enfants, une énorme différence.

Je vous l'ai présenté dans la séance du 23 novembre 1898. A ce moment, il avait été appliqué onze fois avec succès, notamment chez un enfant de deux ans et demi qui avait avalé un sou et chez lequel on n'avait pu réussir avec le panier de Græfe; un autre cas avait trait à une petite fille de trente-trois mois. Depuis lors, l'instrument est d'un usage courant, non seulement dans notre service, mais dans tout l'hôpital, et cela aussi bien aux Enfants-Malades qu'à Trousseau. Nous avons dès lors négligé de tenir une statistique exacte; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'instrument a toujours réussi dans le cas de l'extraction des pièces de monnaie, et n'a jamais occasionné d'accidents, bien que nous l'ayons employé, même chez des enfants très jeunes, au-dessous de trois ans, et dont le corps étranger était en place depuis plus de quinze jours.

L'année dernière, notre collègue M. Michaux me citait un cas où, chez un jeune garçon, mon crochet œsophagien avait réussi à débarrasser en sa présence, le malade d'un sou qui séjournait depuis longtemps dans l'œsophage, et pour lequel on s'apprêtait déjà à faire l'œsophagotomie. Il m'a paru nécessaire de rappeler ces faits, à propos de la communication de M. Sebileau; car il me semble qu'ils ne sont peut-être pas encore suffisamment connus.

M. Michaux. — Je tiens à confirmer ce que vient de dire M. Kirmisson; c'est mon interne qui a pu à l'aide du crochet extraire de l'œsophage un sou qui était fixé depuis plusieurs jours, et son malade a guéri sans accident.

M. Félizet. — Le fait dont M. Sebileau vous a rapporté l'observation est déplorable.

Vous avez vu la pièce anatomique avec les lésions d'une étendue et d'une profondeur extraordinaires. On vous a montré le sou resté au fond du décollement des tuniques de l'œsophage et couvert par une large valvule de tissus violemment arrachés.

M. Sebileau vient de vous faire voir que le mal a été plus grave encore qu'il l'avait cru, il vous a montré avec quelle sévérité l'œsophage avait été meurtri.

On ajoutera cette observation à la liste des méfaits du panier de Græfe.

Je crois que, dans l'espèce, ce ne sera pas parfaitement juste.

Et d'abord, la blessure pharyngienne n'a pas été produite par le bord du godet de l'appareil, mais par le sou lui-même encastré obliquement dans ce godet. Et c'est si bien le sou qui a fait le mal, que la pièce une fois logée, le panier est sorti seul et sans encombre, laissant le sou derrière lui.

Or, les bords du sou sont mousses et incapables de couper la muqueuse. Pour qu'ils aient pu la déprimer, la forcer, la rompre, la soulever et y loger la pièce de monnaie, il a fallu une force vraiment excessive, une violence.

L'instrument doit, en toute justice, être mis hors de cause. Le panier de Græfe paraît, en fait, avoir été, dans un grand nombre de cas, l'instrument plutôt que la cause des méfaits qu'on lui impute. Il faut savoir s'en servir, il faut surtout être persuadé que la force n'a rien à faire dans la manœuvre.

Une pièce de monnaie est le corps étranger idéal pour l'emploi du panier de Græfe.

L'engin pénètre facilement, rencontre le sou. S'il ne peut pas le dépasser, il le repousse dans l'estomac, — sans meurtrir l'œsophage, car ses ailettes sont en arrière, — et sans compromettre le malade, car l'intestin le rejettera.

Si le panier le dépasse, il le chargera au retour et l'élèvera jusqu'au dehors. Il n'y a pas un de nous qui n'ait eu souvent le bonheur de réussir dans cette intervention facile.

Vous vous souvenez que tout se passe sans peine et surtout sans effort.

Mais vous savez aussi que parfois le retour d'emblée a été difficile et même impossible.

Voulez-vous me permettre de vous rappeler un fait que j'ai relaté à la Société de Chirurgie le 23 mai 1894?

La manœuvre que j'improvisai alors et que j'ai eu depuis plusieurs fois l'occasion de recommencer, vous réconciliera avec « l'affreux panier de Græfe ».

Je fus appelé une nuit à l'hôpital Tenon pour un enfant de cinq ou six ans, qui suffoquait. Il avait, depuis trois heures le panier de Græfe dans l'œsophage, la tige sortait de la bouche. Mon interne, homme adroit et prudent (il est actuellement chirurgien des hôpitaux), le lui avait introduit pour retirer un sou, avalé dans la matinée.

L'introduction avait été simple : la sortie fut impossible. Mon interne comprit le danger d'un arrachement, s'il tirait en force. Il me fit chercher et prépara le nécessaire pour une œsophagotomie externe, qui aurait été d'une exécution aisée sur ce conducteur. Tout était également préparé pour une trachéotomie éventuelle.

Les choses se passèrent beaucoup plus simplement.

J'introduisis une éponge montée sur la tige de baleine œsophagienne, qui fait partie de notre arsenal.

L'éponge fut doucement portée jusqu'à la rencontre du panier chargé et le repoussa d'un bon centimètre. Les deux tiges, la tige de l'éponge et la tige du panier, furent saisies ensemble et le tout fut retiré sans le moindre effort.

Vous comprenez ce qui s'était passé ! L'éponge avait, en le refoulant, dégagé le sou accroché contre la muqueuse.

Elle avait fait corps avec le sou et le panier, puis, quand on tira les deux tiges ensemble, elle avait précédé le *train*, dilaté régulièrement l'œsophage au devant de lui, de telle sorte que le passage vers le haut n'avait plus rencontré la moindre résistance.

J'ai dit qu'un refoulement de un ou deux centimètres est nécessaire pour solidariser l'éponge avec le corps étranger et le panier qu'il s'agit de faire sortir.

Les sous sont presque toujours arrêtés à la partie moyenne de l'œsophage. Vous connaissez les radiographies qui nous les montrent à la hauteur de la fourchette sternale.

Si le sou est plus bas, — soit d'emblée, — soit par le fait de tentatives préalables, s'il est plus près du cardia, le refoulement a des dangers, si l'on ne s'est pas décidé à refouler avec l'éponge le sou dans l'estomac ou si, par erreur, on a fait franchir le cardia au panier de Græfe.

La situation sera difficile et dangereuse, croirait-on.

Un enfant de dix ans, indocile et exaspéré par de longues tentatives faites ailleurs, me fut amené à l'hôpital Tenon. Il avait avalé, la veille, une pièce de deux francs.

La pièce était engagée très bas ; je la sentais à 22 centimètres des incisives, j'allais remplacer le panier par l'éponge, quand un mouvement brusque du malade fit plonger le panier dans l'estomac ; la pièce ne m'inquiétait pas, mais c'était le panier qui ne pouvait pas sortir, ses ailettes faisant harpon.

Le petit artifice de l'éponge nous sauva.

L'éponge fut introduite dans l'estomac, le panier métallique fut attiré contre elle et une traction douce exercée sur les deux tiges de baleine, parallèles et solidaires, fit *franchir la passe* du cardia

avec une extraordinaire facilité, l'éponge précédant le panier, le coiffant et élargissant, au devant de lui, l'ouverture cardiaque.

Ces faits sont intéressants, car ils montrent que la force est inutile dans le maniement du panier de Græfe. Notre collègue Sebileau vous a donné, dans la dernière séance, la preuve qu'elle est dangereuse et meurtrière.

M. Walther. — J'avais demandé la parole pour vous citer un fait que j'ai observé il y a bien longtemps déjà et qui me semble offrir un exemple intéressant d'un accident que je crois très rare, accident dû à l'emploi du panier de Græfe.

Il y a quelques années j'ai été appelé à voir une malade qui la veille en mangeant avait eu la sensation très nette de l'arrêt d'une bouchée de viande dans la partie supérieure de l'œsophage. Son médecin, ancien interne très distingué, appelé immédiatement, constatant les signes d'un corps étranger de l'œsophage, employa le panier de Græfe. L'introduction de l'instrument fut facile, il ne sentit pas le corps étranger. Mais au moment où il retirait le panier, la malade, très nerveuse, fit un brusque mouvement de recul et le bord du panier accrocha le cricoïde, comme l'indiqua une résistance très nette. Le panier put être ensuite dégagé.

Peu d'instants après la malade fut prise d'oppression et au bout de quelques heures, apparut à la base du cou autour du conduit laryngo-trachéal un emphysème qui alla en augmentant progressivement ainsi que la dyspnée.

Lorsque je vis la malade, vingt-quatre heures environ après l'accident, la tuméfaction était énorme ; l'emphysème avait gagné tout le cou, la face, les épaules, les bras. La dyspnée était très accentuée. Je pensai, comme notre confrère, qu'il y avait eu une déchirure de la trachée, immédiatement au-dessous du cricoïde, et, en présence des accidents menaçants de suffocation, nous crûmes que le seul moyen de les arrêter était de faire la trachéotomie. Je fis donc une trachéotomie très basse, de façon à inciser autant que possible au-dessous de la plaie. L'intervention fut un peu laborieuse à cause de l'énorme tuméfaction du cou ; elle fut cependant assez rapide et très bien supportée par la malade.

La respiration devint plus libre, mais la dyspnée augmenta. Il nous sembla que plus l'air entrait librement, plus la suffocation augmentait. Les accidents allèrent en effet en s'aggravant et la malade succomba le lendemain matin.

Je m'expliquais fort mal le mécanisme de cette dyspnée et quelques expériences cadavériques me montrèrent seulement la difficulté de déchirer la trachée avec le panier de Græfe ou avec un crochet appuyant sur le cricoïde. Je parlai de ce fait à mon

ami M. Lermoyez qui me dit qu'en pareil cas, il peut se produire une déchirure au niveau du hile du poumon. Je ne puis affirmer que cette déchirure ait existé dans ce cas, l'autopsie n'ayant pas été faite; mais cela expliquerait fort bien le mécanisme des accidents, l'emphysème du médiastin, remontant le long de la trachée à la base du cou, et la dyspnée progressive, dyspnée qui ne fut pas supprimée par la trachéotomie.

C'est là un fait que j'ai cru intéressant de vous signaler, et qui est à ajouter à la série des accidents dus à l'emploi du panier de Græfe, instrument qui me semble dangereux et qu'on pourrait abandonner.

M. Broca. — Je crois devoir prendre la défense du panier de Græfe, et surtout protester contre les conclusions que vient de tirer Walther d'un fait où sûrement il y a eu grosse faute. De ce qu'un coup de bistouri maladroit ouvre la fémorale au cours d'une cure radicale de hernie, il ne s'ensuit pas que le bistouri soit un mauvais instrument; mais seulement, ce que nous savons tous, que le bistouri mal manié est un instrument dangereux.

Or, l'ancien interne très distingué dont il a été question a d'abord eu grand tort d'employer le panier pour autre chose que pour une pièce de monnaie : dès qu'il y a une pointe, une aspérité, c'est un instrument dangereux. Il y a quelques jours, on m'a montré, avec radiographie probante, un enfant qui avait un clou de tapissier dans l'œsophage : je n'ai pas songé un instant à prendre le panier, mais seulement à faire manger des pommes de terre, et vite le clou a été rendu dans les selles. En outre, dans le cas dont nous parle M. Walther, il est évident qu'on a tiré avec quelque brutalité sur le cricoïde, accroché au retour par le panier; or, un opérateur *qui sait manier l'instrument* n'aura jamais cet accident. Comme l'a dit très justement M. Félizet, il n'y a, pour l'éviter, qu'à faire précéder le bord du sou par un corps mousse, dilatant. M. Félizet emploie l'éponge montée : j'ai coutume, l'enfant ayant un cylindre de bois entre les molaires gauches, d'envoyer mon index gauche derrière le cricoïde et le bord du sou vient se loger dans la rainure, entre l'ongle et la pulpe du doigt. A ce moment, il faut tout retirer d'un bloc, la main gauche du même mouvement que la main droite et le panier chargé du sou. J'ai déjà bien des fois vu de mes élèves, chargés d'enlever des sous, rester en arrêt sur ce point : je ne les ai pas laissé continuer à tirer, et d'un coup d'index je leur ai montré qu'ils étaient des mazettes, que tout sortait sans effort. J'ai enlevé ainsi, comme tous les chirurgiens d'enfants, un grand nombre de pièces de monnaie : presque toujours des pièces d'un sou, une

fois une pièce de deux francs, une fois enfin, chez l'aristocrate de la série, une pièce de 20 francs. Bon nombre occupaient l'œsophage depuis plusieurs jours, il y a peu de temps un qui y était depuis dix-sept jours ; à remarquer en passant la tolérance de l'œsophage, la facilité persistante de la déglutition, comme le disait M. Kirmisson. Or, une seule fois j'ai lésé l'œsophage, dans un cas très spécial, heureusement rare : le sou était oblique, au cardia, et le panier l'a refoulé de façon que son bord postérieur a coupé la paroi œsophagienne. Mais seul il a pénétré dans le tissu cellulaire rétro-œsophagien, où nous l'avons trouvé à l'autopsie; le panier, retiré sans aucun effort, n'avait sûrement rien déchiré directement. Cela se passait il y a onze ans, avant la connaissance des rayons X; aujourd'hui on diagnostiquerait bien le siège, mais la conduite resterait embarrassante. Le refoulement serait aussi dangereux à l'éponge qu'au panier, et ni l'œsophagotomie ni la gastrotomie ne doivent être bien commodes.

Quant aux accidents par déchirure à l'aller du panier, et non plus au retour, on les évite si on a soin de faire, sur la tige de baleine, poulie de renvoi avec l'index contre la paroi du pharynx, ce qui permet de pousser bien verticalement.

M. J.-L. Faure. — Personnellement je n'ai jamais eu recours, ni au panier de Græfe, ni au crochet de Kirmisson. Je dois dire cependant que cette année, à la consultation de Trousseau, mes internes ont eu plusieurs fois l'occasion d'enlever des sous avec le crochet de Kirmisson avec la plus grande facilité et sans aucun incident. En principe le crochet de Kirmisson me paraît avoir tous les avantages du panier de Græfe sans aucun de ses inconvénients. Comme lui il accroche le sou en glissant en arrière de lui, le long de la paroi postérieure de l'œsophage. La partie postérieure du panier tient donc une place inutile. Dans ces conditions il est nuisible et le crochet de Kirmisson vaut mieux.

Mais cette façon d'agir n'est applicable qu'aux pièces de monnaie, et aux pièces de monnaie avalées depuis peu. Comme l'a très bien fait observer M. Félizet, dans le cas de Sebileau ce n'est pas le panier qui a déchiré l'œsophage. C'est le sou. Au bout de quelques jours les parois de l'œsophage deviennent enflammées, friables et, dans ces conditions, la moindre traction exercée sur le sou peut être très dangereuse. L'accident dont Sebileau nous a montré le résultat en est une preuve. Dans ces conditions, au bout de quelques jours pour les sous et immédiatement pour tous les corps étrangers irréguliers, il n'y a aucune hésitation à avoir, il faut employer l'œsophagotomie externe ou la pharyngotomie dont nous a parlé Sebile au

Personnellement, j'ai employé trois fois l'œsophagotomie. Une fois chez une adulte pour une broche en nacre ayant la forme d'une feuille de vigne et très irrégulière, et deux fois chez des enfants de deux à trois ans qui avaient avalé l'une une clef de boite à sardines, et l'autre une petite croix en fer blanc. Dans ces trois cas tout s'est passé avec la plus grande simplicité. L'œsophagotomie externe est une opération simple et facile, parce que c'est une opération réglée et bien réglée. Je crois donc que c'est à elle qu'il faut toujours avoir recours pour les corps étrangers irréguliers, quelle que soit la durée de leur séjour dans l'œsophage et pour les sous qui y séjournent depuis cinq ou six jours, alors que les parois peuvent commencer à s'enflammer et à se ramollir.

M. Broca. — Je répondrai à M. Faure que je ne fais nul parallèle entre le panier et le crochet de Kirmisson, que je crois un excellent instrument. J'emploie le panier, c'est tout ce que j'ai dit. Mais panier ou crochet, peu m'importe : je dis seulement qu'il faut enlever chez les enfants les sous de l'œsophage par les voies naturelles et non par l'œsophagotomie externe, même s'ils sont vieux de quinze jours. Et si M. Faure était resté dans un service de chirurgie infantile, au lieu d'y faire passage un an, il ferait comme tous nos collèges spécialistes, apprendrait à manier l'instrument et corroborerait mon opinion.

M. Walther. — Je remercie mon ami Broca de m'avoir fourni l'occasion de dire d'une façon plus explicite ce que j'avais dit trop brièvement pour ne pas abuser de vos instants et qui pourrait être mal interprété.

J'ai dit en effet qu'on pourrait supprimer l'emploi du panier de Græfe; c'est parce que nous avons à notre disposition le crochet de Kirmisson que je crois bien supérieur, d'un maniement plus facile, qui n'expose pas à accrocher le cricoïde, ce qui peut arriver avec le panier de Græfe, même entre les mains d'un médecin exercé, par suite d'un brusque mouvement de recul du malade, comme cela est arrivé dans le fait que je vous ai signalé.

Quant à l'indication de l'extraction par le crochet, je crois que nous sommes tous d'accord pour la limiter aux corps étrangers arrondis, aux pièces de monnaie et que jamais nous ne devons employer ni panier ni crochet pour les corps irréguliers présentant des aspérités ou des pointes.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces différents points; je n'avais pour but en prenant la parole que d'appeler votre attention sur un accident rare et d'un mécanisme assez obscur.

M. Jalaguier. — Je m'associe absolument aux paroles de MM. Kirmisson, Félizet et Broca. J'ai enlevé, ou vu enlever un très grand nombre de pièces de monnaie avec le panier de Græfe ou le crochet de Kirmisson que j'emploie indifféremment, et je n'ai jamais observé d'accidents. Afin d'éviter l'accrochement du cricoïde j'ai recours à une petite manœuvre très simple qui consiste à faire décrire un quart de tour au panier de Græfe et au sou au moment où l'on arrive derrière le cricoïde. Je ne pourrais, du reste, que répéter, en faveur du panier de de Græfe, ce que j'ai déjà dit ici, en 1893 et en 1897, sur cette question de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Segond. — J'ai eu l'occasion de pratiquer une opération relativement rare pour l'extraction d'un sou fixé à la partie inférieure de l'œsophage. Toutes les tentatives d'extraction étant restées vaines, je fis une gastrostomie et à travers l'ouverture de l'estomac je pus avec l'index sentir le corps étranger au niveau du cardia et le désenchatonner. Mon malade a parfaitement guéri.

M. Routier. — Pendant mon internat chez M. de Saint-Germain, je lui ai vu souvent enlever des sous de l'œsophage et toujours avec le panier de de Græfe sans aucun accident : j'en ai moi-même enlevé et sans accident. M. Saint-Germain chaque fois nous racontait que son prédécesseur, M. Giraldès, se servait du panier de de Græfe, l'enfonçait violemment et le retirait à toute volée. Ne faites jamais cela, nous disait-il, rien n'est plus dangereux que le panier de de Græfe mal manié.

Il faut, disait-il, enfoncer doucement le panier, le retirer avec plus de douceur encore, et si on accroche, faire comme un tour de vrille, manœuvre dont vient de parler M. Jalaguier pour éviter le cricoïde.

Il est certain que sans toutes ces précautions, l'œsophage du patient est à la merci du biceps du chirurgien.

M. Pierre Sebileau. — Il importe de cantonner cette discussion : c'est de pièces de monnaie seulement qu'il s'agit et, j'ajoute, de pièces de monnaie chez l'enfant.

Je ne suis convaincu ni par le plaidoyer de M. Félizet, ni par le plaidoyer de Broca pour le panier de Græfe; du reste ce dernier reconnaît si bien que l'instrument n'est pas sans danger qu'il ne veut pas en confier la manœuvre à ses internes.

En fait la réponse de mes deux collègues se réduit à ceci : dans le cas rapporté par Sebileau, c'est l'opérateur et non l'instrument qu'il faut accuser; l'extraction des pièces de monnaie par

les voies naturelles, chez l'enfant, s'applique à tous les cas, anciens ou récents ; elle ne provoque jamais d'accidents dans des mains habiles, et, quand il en survient, c'est que l'opérateur est une « mazette ».

Je suis très à mon aise pour répondre puisque, je le répète, c'est un de mes élèves qui a pratiqué l'opération dont il s'agit et que je l'ai blâmé de l'avoir pratiquée sans m'avoir préalablement avisé.

« Le bistouri, dit Broca, commet d'innombrables méfaits dans des mains maladroites ; est-il donc pour cela condamnable? Eh bien ! le panier de Græfe est comme le bistouri. » Je ne connais guère ici que mon ami Broca pour ne pas être effrayé d'une pareille comparaison et pour nous laisser croire qu'il dirige avec une égale précision et une égale sécurité pour le malade le bistouri dans les opérations à ciel ouvert et le panier emmanché d'une longue tige dans cette aveugle recherche d'un corps étranger de l'œsophage.

Qu'il y ait une part à faire ici, comme partout, à la douceur, au sang froid, à l'habitude de l'opérateur : d'accord. Que le panier de Græfe ou le crochet de Kirmisson (auquel je reproche seulement le peu de flexibilité de sa tige) aient permis d'extraire, par le procédé dit procédé de douceur, de nombreuses pièces de monnaie récemment introduites dans l'œsophage : d'accord. Que, même, cette opération ait réussi dans un certain nombre de cas où le corps étranger séjournait depuis plusieurs jours et plusieurs semaines dans le conduit et n'ait entraîné aucun accident grave : d'accord encore. J'ai, moi aussi, pratiqué heureusement plusieurs extractions par le panier de Græfe et, l'an dernier, un de mes collègues a appliqué avec succès celui-ci chez un enfant aux parents duquel j'avais refusé cette opération, craignant les lésions éventuelles produites par un séjour de trois semaines du corps étranger dans l'œsophage.

Mais là n'est plus la question. Toute déchirure de l'œsophage, se produisant au cours des manœuvres du panier de Græfe, doit elle être imputée à l'opérateur? Oui, disent MM. Félizet et Broca. Eh bien ! moi je dis « non », parce qu'il ne faut pas qu'un jugement de cette gravité parte de cette Société sans une protestation forte.

Broca parle de manœuvres qui prétendument mettent à l'abri des déchirures œsophagiennes au niveau de la région cricoïdienne. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit ; ce n'est pas là qu'est le seul, ce n'est pas là qu'est le vrai danger.

Acceptons que la plaie œsophago-pharyngée de la pièce que je vous ai montrée puisse recevoir l'interprétation qu'en donne

Broca et ait été produite par le panier de Græfé manié d'une façon mal habile; mais les deux déchirures latérales sur lesquelles j'ai appelé aujourd'hui votre attention, celles qu'a déterminées, au niveau du contact tangentiel, la périphérie tranchante de la pièce de monnaie attirée par le panier, qui donc les aurait évitées, celles-là? personne; ni même M. Félizet, ni même mon ami A. Broca.

Je rappelle que j'ai pu constater sur quatre enfants les lésions qui se développent dans l'œsophage, au niveau de ce contact tangentiel; chez l'un d'eux, il n'y avait plus de paroi œsophagienne, le sou s'appuyait latéralement sur la carotide. En cas d'extraction par les voies naturelles, c'était la mort fatale.

Voilà pourquoi je répète qu'il y a, dans cette opération, des dangers qui sont au-dessus des vertus de l'opérateur.

M. Félizet. — Mon ami, M. Sebileau, voudra bien admettre que je n'aurai recours ni au panier de Græfe ni au crochet de M. Kirmisson dans un cas semblable à celui qu'il nous relate « où il n'y avait plus de paroi œsophagienne, le sou s'appuyant latéralement sur l'artère carotide ». Ne doutez pas, que comme lui, je recourrais sans hésiter, à l'œsophagotomie externe. Et l'action serait d'autant mieux indiquée que le sou aurait déjà fait la moitié du chemin.

M'obstiner, dans l'espèce, à l'extraction par les voies naturelles, impliquerait, de ma part, non pas de la « vertu » mais de l'innocence.

Je pense que l'extraction par les voies naturelles doit être tentée dans les cas d'accident *récent* et dans les cas où, l'accident étant *ancien*, les lésions sont peu étendues et surtout peu profondes.

On peut, sans crainte, se servir du panier de Græfe ou du crochet de Kirmisson, mais il est bien entendu que c'est une *Manœuvre de douceur*. La traction doit être discrète et vertueuse, le *Train de marchandises* étant protégé par l'éponge qui ouvre la marche, écarte les parois de l'œsophage et les protège contre les lésions produites par ce que M. Sebileau croit pouvoir appeler « la périphérie tranchante de la pièce de monnaie ».

Présentations de malades.

Double perforation de l'estomac.

M. Savariaud présente un malade guéri d'une double perforation de l'estomac. — Renvoi à la Commission dont M. Reynier est nommé rapporteur.

Fracture oblique de la jambe.

M. Onbredanne présente un dispositif nouveau, pour l'application de l'extension continue dans une fracture oblique de jambe. — M. Nélaton, rapporteur.

Hernie crurale.

M. Brin présente une note sur un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale. Résection du diverticule. Cure radiale. Guérison. — M. Broca, rapporteur.

Elections.

Nomination du bureau de 1905.

Élection du Président.

Nombre de votants : 37. — Majorité : 19.

M. Schwartz . . . . obtient : 36 voix.
M. Second. . . . . — 1 —

En conséquence, M. Schwartz est nommé président de la Société de Chirurgie pour 1905.

Élection du vice-président.

Nombre de votants : 37. — Majorité : 19.

M. Paul SEGOND.	obtient :	35	voix.
M. QUÉNU	—	1	—
M. NÉLATON	—	1	—

En conséquence, M. Paul SEGOND est nommé vice-président de la Société de Chirurgie pour 1905.

Élection du secrétaire général.

(Premier tour.)

Nombre de votants : 36. — Majorité : 19.

M. DELBET.	obtient :	18	voix.
M. NÉLATON	—	6	—
M. RICARD.	—	2	—
M. LEJARS.	—	1	—
M. BAZY.	—	1	—
Bulletins blancs.		8	

(Deuxième tour.)

Nombre de votants : 36. — Majorité 19.

M. NÉLATON	obtient :	22	voix.
M. DELBET	—	13	—
Bulletin blanc.		1	

En conséquence, M. Charles NÉLATON est nommé secrétaire général de la Société de Chirurgie pour cinq ans.

Nomination du premier secrétaire annuel.

Nombre de votants : 26. — Majorité : 14.

M. DELORME	obtient :	6	voix.
M. PICQUÉ.	—	19	—
Bulletin blanc.		1	

En conséquence, M. PICQUÉ est nommé premier secrétaire annuel pour 1905.

Nomination du deuxième secrétaire annuel.

Nombre de votants : 20. — Majorité : 11.

M. MICHAUX.	obtient :	19	voix.
M. CHAPUT.	—	1	—

En conséquence, M. MICHAUX est nommée deuxième secrétaire annuel pour 1905.

Nomination du trésorier et de l'archiviste.

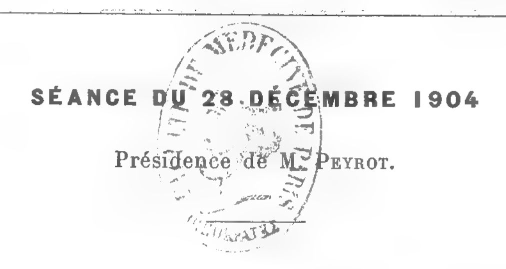
M. WALTHER ayant donné sa démission, M. ARROU est nommé trésorier à l'unanimité.

M. BROCA est maintenu à l'unanimité archiviste de la Société pour 1905.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1904

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. le Dr DEVAUX, intitulé : *Théorie nouvelle du glaucome.*

Le travail de M. Devaux est renvoyé à une Commission dont M. PICQUÉ est nommé rapporteur.

3°. — Une observation de M. VANVERTS (de Lille), intitulée : *Môle hydatiforme avec ascite. Expulsion de la môle. Ablation ultérieure de l'utérus.*

L'observation de M. Vanverts est renvoyée à une Commission dont M. REYNIER est nommé rapporteur :

4°. — Une observation de M. LÉON MAIRE (de Vichy) intitulée : *Un cas d'imperforation ano-rectale.*

L'observation de M. Léon Maire est renvoyée à une Commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

Communication.

De la rachistovaïnisation (1),

par M. le Dr DE VLACCOS (de Mételin)
membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Partisan enthousiaste de l'analgésie cocaïnique par voie intra-rachidienne, je ne puis néanmoins ne pas reconnaître que, malgré les perfectionnements apportés par Guinard et d'autres dans la technique de la rachicocaïnisation, les quelques inconvénients qu'elle présente encore à l'heure actuelle ne soient pas pour beaucoup dans l'antipathie que ressentent certains chirurgiens pour ce mode d'anesthésie chirurgicale. C'est pourquoi ce n'est pas sans un certain empressement que j'ai lu la communication et les conclusions du professeur Reclus sur la stovaïne, ainsi que des expériences très concluantes de M. Pouchet, communiquées à l'Académie de médecine dans la séance du 12 juillet dernier. J'ai donc aussitôt pensé à substituer la stovaïne à la cocaïne dans l'analgésie par voie rachidienne, et c'est le résultat de ma pratique que je viens communiquer à la Société, de façon à lui permettre de prendre date.

La technique que j'ai suivie dans mes expériences a été celle de la rachicocaïnisation si magistralement décrite et vulgarisée par Tuffier. La solution dont j'ai fait usage dans mes observations a été de 2 p. 100 dans du sérum physiologique. La quantité injectée a été de 2 à 3 centimètres cubes de la seringue de Lüer. A titre de comparaison, j'ai usé dans trois cas de liquide rachidien pour ma solution de stovaïne, mais n'en ayant retiré aucun avantage, je suis revenu à la solution physiologique.

L'action bactéricide de la stovaïne nettement constatée par M. Pouchet fait que la solution de ce sel offre toute la sécurité exigée après simple tyndallisation à 100°C, et cette température n'altère nullement son pouvoir analgésique. J'ai usé de la même solution après deux et trois semaines de préparation et de tyndallisation répétée, toujours avec les mêmes effets. Dix minutes à un quart d'heure après l'injection intrarachidienne l'analgésie est obtenue, complète, absolue; elle commence de bas en haut dans la majorité des cas. Quelquefois c'est par la racine des cuisses que l'analgésie commence. Celle-ci dure de une heure à une heure et

(1) Travail lu par M. le sécrétaire général.

demie. En somme, tous ses effets sur la moelle sont les mêmes que ceux de la cocaïne si bien étudiés par Tuffier dans ses deux monographies.

Mais là où la cocaïne diffère du tout au tout de la stovaïne, c'est dans ses effets secondaires. La cocaïne est suivie d'effets plus ou moins désagréables que nous qualifions d'inconvénients négligeables, le plus souvent, mais toujours très ennuyeux pour l'opéré et parfois pour l'opérateur. La céphalalgie, si fréquente et si tenace après la rachicocaïnisation, n'a jamais été constatée dans mes observations. La fièvre a toujours fait défaut, moins chez un malade kélotomisé qui, six heures après l'opération, a présenté 39 degrés de température suivie d'une abondante éruption d'urticaire. Cette hausse thermique ne saurait cependant être rattachée à l'injection stovaïnienne. Les nausées ont été observées quatre fois dans ma statistique; elles furent de courte durée et non suivies de vomissements si fréquents avec la cocaïne. Les cas pour lesquels nous avons eu recours à la rachistovaïnisation sont les suivants :

Vingt deux cas de rachistovaïnisation.

Anus et organes génito-urinaires de l'homme.

3 Fistules ischiorectales.
1 Castration.
1 Amputation de la verge.
2 Tailles hypogastriques pour calculs.

Organes génitaux de la femme.

4 Colpo-périnéorraphies.
2 Curettages.

Abdomen.

2 Cures radicales de hernie inguinale
2 Appendicectomies à froid.

Membre inférieur.

1 Suture de la rotule.
2 Résections de la saphène interne.
1 Une suture du tendon d'Achille.
1 Opération d'Ogston.
1 Amputation de jambe.

Total : 22 cas.

Mon expérience est trop courte, puisqu'elle ne porte que sur vingt-deux rachistovaïnisations, pour que je m'en autorise pour conclure. Cependant, si la valeur de mes observations est faible,

l'impression qui en résulte pour moi est que la stovaïnisation par voie rachidienne donne d'excellents résultats; et eu égard à l'absence des divers troubles observés chez des opérés après anesthésie par la cocaïne, je n'hésite pas à admettre la supériorité de la stovaïne sur la cocaïne.

Que d'autres complètent par de plus nombreuses observations et une étude plus approfondie l'affirmation des avantages indiscutables que, selon mon impression, l'usage de ce nouvel agent analgésien offre sur la cocaïne.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Kirmisson. — Retenu par les travaux d'une Commission dont je fais partie, je n'ai pu assister à toute la durée de la discussion qui s'est produite dans la dernière séance, sur l'extraction des pièces de monnaie introduites dans l'œsophage. Ayant pris connaissance de cette discussion dans nos Bulletins, j'y ai vu que certains de nos collègues ne faisaient aucune différence entre le panier de Græfe et mon crochet œsophagien. A cela je répondrai que la différence est du simple au double, mon crochet ayant un diamètre antéro-postérieur de 5 millimètres, tandis que le panier de Græfe mesure 10 millimètres. C'est comme si l'on disait qu'il n'y a aucune importance à introduire dans l'urètre une sonde de 15 ou de 30 millimètres de diamètre. Sans doute, lorsque l'on aura affaire à des enfants âgés, de sept ans et plus, cette différence de diamètre pourra ne pas avoir un très grand intérêt ; mais, à chaque fois qu'on sera en présence de très petits enfants, comme le malade de M. Sebileau, âgé de deux ans et demi, cette différence de calibre aura la plus haute importance.

On a dit également que le crochet, comme le panier, pouvait être employé dans les premiers jours seulement. Or, je rappelle que, plusieurs fois, j'ai réussi après deux et trois semaines; et dans le cas de M. Michaux, le corps étranger, représenté par une petite roue détachée d'un jouet d'enfant, était en place depuis trois semaines également.

Lectures.

M. Toussaint, médecin-major de l'armée, lit un travail intitulé: *Luxation en haut du deuxième cunéiforme.*

Le travail de M. Toussaint est renvoyé à une Commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

M. Desjardins lit un travail intitulé : *Note sur l'emploi du scopalamine comme anesthésique général.*

Le travail de M. Desjardins est renvoyé à une Commission dont M. Terrier est nommé rapporteur.

Rapports.

A propos de la coxa vara traumatique de l'enfance, traitée par l'ostéotomie cervicale, guérison, par M. Gaudier (de Lille).

Rapport de M. PICQUÉ.

Notre très distingué confrère de Lille qui nous a adressé tant de travaux intéressants, vient encore d'envoyer à la Société de chirurgie à l'appui de sa candidature, un cas de coxa vara traumatique consécutive à une fracture du col du fémur et guérie par l'ostéotomie cervicale. Je vous présente les photographies qu'il a jointes à son travail, et voici son observation :

Le 21 mars 1904 entrait dans notre service de chirurgie infantile, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, un jeune garçon de treize ans porteur d'une difformité de la hanche gauche que nous allons décrire en détail.

Pas d'antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on ne relate, comme maladie de l'enfance, que la rougeole à l'âge de quatre ans.

L'accident cause de la difformité pour laquelle l'enfant entre à l'hôpital date de trois ans. A cette époque, il fit une chute de 6 mètres de haut et tomba sur le côté gauche. Il fut porté chez lui sans connaissance; revenu à lui, un médecin appelé constata qu'il n'y avait aucune lésion du côté du bras ni du tronc, mais qu'il était impossible au

malade d'appuyer sur le pied gauche. Il n'existait pas de déformation apparente, mais une ecchymose apparut le jour même en arrière du grand trochanter. Le médecin diagnostiqua, paraît-il, une contusion simple de l'articulation, prescrivit du repos, des applications de compresses résolutives, et au bout de quinze jours fit marcher l'enfant qui put le faire difficilement. Comme il n'y avait guère de progrès dans la marche, que l'enfant continuait à souffrir et qu'il y avait de l'atrophie des muscles, on ordonna du massage. C'est aux bains où on le massait que le masseur constata une déformation de la hanche, assez accusée. Le médecin traitant appela alors un de nos confrères de Lille en consultation. Celui-ci fit radiographier l'enfant et l'on constata qu'il existait une fracture du col du fémur. On appliqua alors un appareil plâtré avec extension de 5 kilogrammes, puis de 3 kilogrammes. L'appareil fut supprimé le vingt et unième jour; le petit malade commença alors à marcher avec des béquilles et ensuite arriva à s'en passer sans éprouver de douleurs. La difformité de la hanche était aussi accusée; comme il existait du raccourcissement du membre de ce côté, on lui fit porter une bottine spéciale avec une semelle de 2 cent. 1/2 d'épaisseur. Au bout de six mois, l'enfant fit de la scoliose compensatrice et diminua sa claudication en fléchissant le membre sain, c'est-à-dire le droit, et il put ainsi arriver à marcher sans bottine spéciale et sans presque de boiterie, sauf un peu de rotation en dehors; Il faisait même de la bicyclette et c'est au cours d'une promenade qu'au mois de septembre 1903 il fit une chute sur le genou gauche. Il ressentit immédiatement une vive douleur s'irradiant du genou à la hanche et ne put ni se relever ni marcher. Transporté chez lui, un médecin appelé constata un léger degré de contusion du genou avec épanchement de synovie, mais rien, paraît-il, du côté de la hanche. Il ordonna le repos au lit, trois semaines environ. A cette époque, comme l'enfant essayait de marcher, on s'aperçut qu'il boitait de plus en plus et que la déformation de la hanche s'accentuait. Néanmoins, avec beaucoup de patience et de volonté il put arriver à faire environ 3 kilomètres deux fois par jour pour aller à l'école, mais en ressentant beaucoup de fatigue, éprouvant, quand il s'arrêtait un instant, beaucoup de peine pour reprendre sa marche; de plus, il lui était impossible de se coucher sur le côté gauche car il éprouvait de vives douleurs dans la hanche. C'est dans ces conditions qu'il se présenta à l'hôpital Saint-Sauveur, dans notre service.

Etat actuel. — Les photographies que je viens de faire passer sous vos yeux sont excessivement instructives et montrent nettement la déformation de la hanche, caractérisée chez cet enfant par une saillie considérable du trochanter gauche, avec rotation en dehors de tout le membre inférieur, le pied gauche étant perpendiculaire à l'axe du pied droit et ne reposant que sur l'extrémité des orteils. En analysant d'un peu plus près les symptômes, on constate que le bassin est incliné, la crête iliaque gauche étant plus élevée que la droite de 3 centimètres environ. Le grand trochanter du côté gauche est plus élevé que du côté droit; il est distant de l'épine iliaque antéro-supérieure de 6 centi-

mètres, tandis que le droit en est éloigné de 9. La saillie qu'il forme en dehors est très volumineuse, comme on peut le constater sur la photographie, bien au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. Nous avons dit quel était le degré de rotation en dehors, qui place le pied gauche presque à l'angle droit avec le pied droit. Il y a de plus un peu d'adduction. L'abduction est impossible; la flexion moins difficile.

Pour que l'enfant repose sur les deux plantes des pieds, il lui faut placer sous son pied gauche une cale de 4 centimètres d'épaisseur ou bien il est forcé de fléchir assez fortement la cuisse droite. En réalité les mensurations donnent :

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : à droite, 75 centimètres, à gauche 72; sommet du trochanter à malléole externe : à droite, 67 centimètres, à gauche, 67 centimètres; de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule : à droite 44 centimètres, à gauche 41;

Donc il y a raccourcissement réel du membre gauche, ce raccourcissement étant dû, comme on le voit, à une lésion portant sur le col. Si nous cherchons l'atrophie musculaire nous trouvons qu'elle est peu considérable : 1 cent. 1/2 à peine, ceci dû à ce que l'enfant a continuellement été massé avec le plus grand soin et qu'il fait de l'exercice. Les mouvements de flexion et d'extension se font normalement; les mouvements d'abduction, par contre, sont très limités. Il n'y a pas de douleurs à la palpation ni à la percussion de la région coxale gauche. L'enfant marche en traînant la jambe, reposant sur la pointe du pied tournée en dehors. L'état de la santé générale est excellent, tous les organes sont intacts: les réflexes rotuliens et plantaires gauches paraissent plus accentués qu'à droite.

La radiographie démontre une fracture du col, tout près du trochanter, et des plus nettes. Cette radiographie confirme le diagnostic de coxa vara traumatique, que l'examen et l'histoire du malade avait fait poser déjà. Mais en plus il parait aussi exister à l'union de la tête et du col une encoche avec un certain degré de courbure du col et qui pourrait bien être un décollement épiphysaire, probablement contemporain du premier traumatisme, le second ne paraissant avoir eu d'action que sur la fracture du col proprement dite, soit en contusionnant un cal peu solide soit même en amenant de nouveau une disjonction osseuse. Il existe sur le bord de la cavité cotyloïde quelques saillies osseuses, probablement des ostéophytes.

Intervention le 10 avril 1904. Incision sur le trochanter saillant, un peu sur sa face postérieure, remontant en haut vers la crête iliaque et en bas descendant le long du fémur sur une longueur totale de 10 centimètres. Incision de l'aponévrose, très épaissie; on arrive difficilement sur le col qui est assez superficiel. L'on dénude avec soin tout le pourtour du col et l'on vérifie facilement l'existence de la fracture. Il y a là un gros cal. L'on constate aussi qu'après la fracture il y a eu une rotation du membre en dehors, qui fait que le col s'est soudé au trochanter en un point situé au niveau de son bord postérieur, près de son sommet, et l'on trouve alors, en avant, le reste du col fracturé.

Nous nous décidons à pratiquer une ostéotomie du col, qui nous permettra, en quelque sorte, de reconstituer la fracture comme au moment de sa production, et, par conséqnent, d'agir sur la rotation en dehors et le raccourcissement. Ce temps opératoire est facilité par la position superficielle du col. Pour vaincre la rotation en dehors, nous sommes forcés de débrider largement en arrière, au niveau des insertions trochantériennes des muscles fessiers rétractés, puis il est aisé d'amener le col fixé dans un davier de Farabeuf, au niveau de son implantation première, sur le fémur que l'on a, au préalable, avivé avec soin. Pendant tout ce temps un aide pratique sur le pied une extension sérieuse, et l'on constate déjà la descente du fémur. Un gros fil d'argent, passé à travers col et trochanter fixe bien en place les deux surfaces avivées. Un petit drain est placé en arrière, au niveau du col, et l'on termine par l'hémostase et la suture soignée au crin de Florence. Le malade est immédiatement soumis au régime de l'extension continue, avec 5 kilos, et l'on peut s'assurer de suite combien le raccourcissement a diminué : à peine 1 centimètre. La position de la jambe est excellente et la saillie de la hanche fortement diminuée.

La guérison se fit sans complications d'aucune sorte. Le fil d'argent ayant cassé au vingtième jour, dans un effort du malade, fut retiré assez facilement, sans dommage aucun pour le patient. L'extension fut continuée pendant six semaines, mais depuis le douzième jour le malade était régulièrement soumis tous les jours à du massage et à de l'électrisation; au bout des six semaines, il commença à poser le pied à terre et, doué d'une dose d'énergie considérable, se remit vite à marcher avec des béquilles d'abord, puis une canne, ce qui fait qu'au bout de la neuvième semaine il pouvait, sans douleurs, effectuer le trajet de près d'un kilomètre qui sépare l'hôpital de la salle des séances de la Société de médecine, où il fut présenté dans l'état que montre la photographie annexée à cette observation. Depuis, nous avons eu occasion de le revoir à plusieurs reprises. Avec une semelle un peu plus haute, il a corrigé le raccourcissement de 1 centimètre qu'il présente, il ne boite pas, s'assied facilement, se relève de même, sans douleur. On peut le considérer comme guéri.

Revu le 2 novembre sans aucune trace de récidive de la difformité

Cette observation est intéressante à plusieurs titres :

D'abord, elle constitue un exemple très remarquable de coxa vara traumatique, chez un jeune sujet.

L'étude de cette difformité intéressante remonte, comme on le sait, aux travaux de E. Muller en 1888, de Hofmeister, de Kocher et de notre collègue Kirmisson qui, dans ces derniers temps, s'est appliqué à préciser certains points encore obscurs au point de vue étiologique, anatomique et clinique.

Anatomiquement, cette difformité est caractérisée par la déviation que forme le col du fémur avec la diaphyse, angle désigné par Alsberg sous le nom d'angle de direction. Cet angle, fixé par

Alsberg à 41 degrés, peut dans la coxa vara devenir négatif. Le col du fémur n'est pas seulement plus antéfléchi, il est aussi recourbé en arrière (rarement en avant) et tordu sur son axe longitudinal.

Cliniquement, elle se caractérise par une ascension et un épaississement du grand trochanter, la rotation en dehors du membre, l'impossibilité de l'abduction et un raccourcissement du membre.

Vous pouvez constater cette attitude sur la photographie que je vous ai présentée.

Longtemps les causes de la coxa vara ont été attribuées au rachitisme, à l'arthrite déformante, à l'ostéomalacie de l'adolescence, à l'ostéite tuberculeuse.

Son origine traumatique était méconnue parce qu'avant d'avoir pu en démontrer l'existence chez l'enfant à l'aide de la radiographie, la fracture du col était considérée par les auteurs comme l'apanage exclusif de la vieillesse. La disjonction de l'épiphyse supérieure du fémur fut pendant longtemps seule admise dans les premières années de la vie. Elle fut, dans ces derniers temps, tout particulièrement signalée par Hoffa, Whithman de New-York, et quelques auteurs.

Dans son remarquable rapport au Congrès de chirurgie, Kirmisson a insisté également sur ce point. Il déclare avec raison que les fractures du col du fémur sont loin d'être exceptionnelles chez les enfants, et il montre, d'autre part, que la confusion est difficile à éviter entre les fractures et les disjonctions. La radiographie seule permet le plus souvent de les déceler.

Quelle que soit d'ailleurs la divergence qui existe à cet égard entre les auteurs, et particulièrement entre Hoffa, Whithman et Sprengel, le fait a peu d'importance puisque ces deux lésions produisent au niveau du col le défaut de résistance capable de créer par la suite la coxa vara.

A défaut de la radiographie, on peut dire que la raison principale qui a permis si longtemps de méconnaître ces lésions chez l'enfant réside dans l'absence ou l'atténuation des symptômes que nous sommes habitués à trouver dans les fractures chez l'adulte, et cette particularité peut d'ailleurs s'expliquer par ce fait que le périoste a résisté et qu'il a pu se produire une fracture en bois vert ou bien que l'engrènement des fragments a permis au petit malade de trouver un point d'appui douloureux, il est vrai, mais assez solide pour continuer à marcher.

On comprend dès lors combien si souvent le médecin ait pu se contenter du diagnostic de contusion simple de la hanche sans rechercher les autres symptômes, raccourcissement du membre et rotation en dehors. L'observation bien connue de notre collègue

Kirmisson relative à une fracture chez le même enfant de l'extrémité inférieure du radius et du col du fémur est réellement instructive à cet égard, et il en est de même des observations de Sprengel et de Hoffa.

Le col du fémur ainsi traumatisé devra supporter tout le poids du corps; il fléchira et s'affaissera; la difformité se constituera donc plus ou moins rapidement. L'observation de Gaudier montre bien qu'au bout de trois ans le cal reste mollasse et peu vivace, et cet état des tissus osseux joue naturellement le plus grand rôle dans la production de la coxa vara.

Après la guérison, dit justement Hoffa, la ligne épiphysaire a changé sa direction primitivement oblique en une direction plus ou moins verticale.

L'épiphyse continuant à augmenter de volume, la direction dans laquelle croît le col du fémur est naturellement changée à son tour, et ainsi, ajoute le même auteur, se produit l'angle aigu souvent observé entre le col et la diaphyse.

Je vous demande pardon, messieurs, d'avoir peut-être insisté trop longtemps devant vous sur ces considérations bien connues aujourd'hui : elles m'ont toutefois paru intéressantes à rappeler à l'occasion du cas de M. Gaudier.

En terminant, je désire vous parler quelques instants du mode de traitement qui a été suivi.

Dans les cas relatés jusqu'à ce jour, et qui ne dépassent guère la cinquantaine, le traitement suivi repose sur l'emploi judicieux de l'extension continue à l'aide de l'appareil de notre distingué collègue Hennequin. Mais il faut encore que le col soit malléable, et il ne l'est pas toujours. La rupture du cal est souvent difficile pour des raisons qu'il est inutile de développer.

Dès lors, que convient-il de faire dans les cas invétérés? Tantôt la résection de la tête seule, ou de la tête et du col, a été employée. Selon Gaudier, la résection a toujours été fort difficile, et si celle-ci obvie à la rotation en dehors et l'adduction, elle entraîne ordinairement l'augmentation du raccourcissement.

L'ostéotomie sous-trochantérienne transversale ou oblique, a surtout été préconisée par M. Kirmisson : cette opération, adoptée par Hoffa, aurait pour Gaudier l'avantage d'agir, comme la précédente, contre la rotation en dehors et l'adduction; mais, selon le même auteur, elle aurait l'inconvénient de laisser subsister la difformité et n'aurait que peu d'action sur le raccourcissement. Il la réserve aux cas où la difformité est peu marquée et où l'extension n'a rien donné.

N'ayant pas moi-même l'expérience de cette intervention, je ne saurais me prononcer sur le bien fondé de ces critiques, et j'espère

que M. Kirmisson voudra bien à nouveau nous formuler son opinion sur la question.

Quoi qu'il en soit, Gaudier a pratiqué chez ses malades l'ostéotomie du col préconisée par Bradfort.

S'il est difficile d'arriver sur le col, notre confrère de Lille estime que l'opération est plus facile que la résection de la tête.

La section osseuse s'exécute soit au ciseau et au maillet, soit avec la scie de Gigli. L'important est, autant que possible, de s'assurer de la mobilité de la tête dans la cavité articulaire, et cela étant, de passer dans l'ancien foyer de fracture, si cela se peut, de manière à remettre les choses comme au moment du traumatisme.

Comme Routier l'a fait observer, il faut souvent pratiquer des sections musculaires pour lutter contre la rétraction des muscles pelvi-trochantériens.

L'extension et la rotation interne combinées, permettront sans doute, comme le cas que je viens de vous rapporter le démontre, de réduire presque idéalement et de maintenir au contact le fragment par un clou ou un fil d'argent solide. Le malade sera traité ensuite comme une fracture du col par l'extension avec les appareils appropriés.

Si la tête était reconnue ankylosée, au cours de l'opération, il serait préférable de terminer alors par la résection avec fixation du moignon cervical dans la cavité articulaire, en reconstituant autour une capsule étroite et solide, puis de chercher ou l'ankylose ou une demi solidité souvent dangereuse, d'ailleurs, pour la solidité du membre.

Messieurs, j'ai plusieurs fois attiré votre attention sur les travaux de M. Gaudier. Ce jeune chirurgien, que j'ai eu l'honneur de compter parmi mes disciples, vous adresse depuis plusieurs années, des cas bien observés et dans lesquels se révèlent des qualités tout à fait remarquables de clinicien sagace et avisé, d'opérateur habile et sagement hardi.

J'ose espérer que vous voudrez bien vous rappeler son nom au moment des élections et l'admettre dans notre Société.

Je vous propose en terminant :

1° De remercier M. Gaudier de son intéressante communication; 2° de la déposer dans nos archives; 3° de le mettre en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de notre Société.

Section de la branche motrice du nerf radial dans la traversée du court supinateur, traitée par la suture et suivie de restauration fonctionnelle complète, par M. L. Bonnet, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Rapport par M. LEJARS.

La chirurgie des nerfs, et spécialement la suture nerveuse comptent toujours, sinon parmi les plus graves, au moins parmi les plus intéressantes des questions qui nous préoccupent; pour vieilles qu'elles soient, on ne saurait pourtant les tenir pour « faites » ni croire que la science et la pratique soient désormais fixées à leur endroit. Telle et telle théorie, qui à son heure avait fait loi, est rentrée dans l'oubli, et même la formule, si bien assise, de la régénération exclusivement centrifuge, par le bout central seul, se trouve fortement ébranlée par les recherches récentes. Aussi, toute observation nouvelle, qu'elle qu'en soit la banalité apparente, doit-elle être précieusement recueillie, sous la réserve qu'elle soit bien étudiée et précise : c'est avec ces documents humains, qui souvent valent autant et mieux que des expériences, que l'on réussit à dégager les indications et les règles de la pratique, sans attendre même que l'interprétation scientifique soit devenue indiscutable.

Ces réflexions serviront de préambule à l'exposé d'un cas fort curieux et, j'ajouterai, — fort heureux — de suture de la branche postérieure du nerf radial, qui nous a été communiqué, en juin dernier, par notre collègue de l'armée, M. le Dr Bonnet, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâée.

Il s'agit d'un jeune soldat de vingt et un ans qui, le 13 août 1903, dans une rixe, avait reçu un coup de couteau sur le bord postéro-externe de l'avant-bras gauche, un peu au-dessous du coude. Le hasard se montra, cette fois, anatomiste consommé, car la pointe du couteau, atteignant l'avant-bras placé en parade, suivant l'expression de notre confrère, pénétra entre le long supinateur et le premier radial, et trancha la branche postérieure du nerf radial, en ne faisant à la peau qu'une petite plaie large à peine d'un centimètre. Tout de suite, la main tomba et les doigts s'infléchirent, sans pouvoir se redresser. La plaie guérit vite, mais le blessé n'entra au Val-de-Grâce qu'au bout de quinze jours, et M. le Dr Bonnet reconnut alors les signes, classiques d'ailleurs, de la paralysie.

« L'attitude du membre est caractéristique, écrit-il : main tombante ; doigts fléchis dans la paume ; pouce en adduction ; le

malade est impuissant à relever ses doigts; le pouce ne peut être ni étendu, ni écarté de sa position; aucun des tendons superficiels de la tabatière anatomique ne peut se raidir. »

Pourtant le poignet peut s'étendre encore, obliquement, en se portant en dehors, par la contraction des radiaux; mais, en dedans, le cubital postérieur reste flasque. Enfin les mouvements de pronation et de supination sont conservés.

A cet examen — et j'ajoute que la sensibilité est intacte — l'auteur précise le niveau où porte la lésion nerveuse : elle intéresse la branche postérieure du radial au-dessous de sa pénétration dans le court supinateur, puisque les radiaux ne sont pas paralysés et que leurs rameaux externes se détachent de la branche musculaire du radial avant qu'elle ne s'insinue dans l'épaisseur de ce muscle; d'autre part le nerf est sectionné dans sa traversée musculaire, puisque tous les extenseurs des doigts sont atteints et que, dès son émergence, il s'éparpille en filets divergents destinés à ces muscles ; enfin la survivance des mouvements de supination et de pronation démontrait que les ramuscules nerveux du court supinateur avaient échappé au traumatisme, et que, par suite, pour siéger dans la traversée musculaire, la lésion nerveuse en devait pourtant occuper la portion terminale.

Toutes ces déductions se vérifièrent au cours de l'opération, qui fut pratiquée le vingt-huitième jour après l'accident.

M. Bonnet utilisa pour la recherche du nerf une incision postérieure de 6 à 7 centimètres, partant de l'épicondyle en haut, parallèle à l'axe de l'avant-bras, et correspondant, par son milieu, au col du radius, et, un peu plus bas, à la cicatrice qu'elle laissait un peu en dehors. Nous reviendrons plus loin, avec lui, sur ce type d'incision; disons seulement ici qu'il passa entre le tendon de l'extenseur commun et le deuxième muscle radial, et que, cette première couche dûment réclinée, il aperçut les fibres obliques, alternativement aponévrotiques et musculaires, du court supinateur.

Une « coulée de tissu cellulo-graisseux », émergeant du muscle, à son bord inférieur, lui indiqua le trajet du nerf, qui était normal, à ce niveau; en remontant, et en débridant à petits coups, le tissu musculaire superficiel, il ne tarda pas à découvrir le point de section, le bout inférieur s'étalait en une sorte de mèche aplatie et élargie, perdue dans un mince foyer cicatriciel; le bout supérieur était tout près, à 2 ou 3 millimètres seulement, il n'était pas renflé, pas étalé non plus, mais il était dévié latéralement, formant baïonnette avec l'autre tronçon. Notre confrère se mit en devoir de suturer, besogne délicate, ajoute-t-il, et certes, nous n'y contredirons pas, les deux bouts étaient à peu près de

la taille d'une petite allumette ; l'un et l'autre furent traversés par deux anses de catgut 00, l'une antéro-postérieure, toute proche du plan de section, l'autre, transversale, un peu plus distante, à 5 millimètres environ, qui figurait un fil d'appui. Les deux anses nouées, la coaptation parut suffisante et solide, et l'on réunit la plaie.

Tout se passa normalement et, comme il est normal aussi de l'observer, après toute suture nerveuse, le bénéfice de l'intervention se fit attendre. Ce fut au bout de trois mois et demi que le blessé « sentit nettement revenir et le sens musculaire et la force de ses doigts dans l'extension ; le pouce fut le plus lent à reprendre ses fonctions ». Un mois plus tard, la restauration fonctionnelle était complète, nous avons pu nous en assurer ici même, quand l'opéré nous a été présenté.

Voilà donc un nouvel exemple de guérison par la suture d'une section de la branche musculaire du radial. Vous savez, d'ailleurs, qu'un certain nombre de faits analogues ont été publiés dans ces dernières années ; je me contenterai de vous rappeler l'observation de M. Morestin, que je vous ai rapportée le 3 avril 1901 : cette fois, la plaie datait d'un mois, lorsqu'on intervint, et le rétablissement fonctionnel exigea six mois. En avril 1904, M. Jules Bœckel communiquait à l'Académie de médecine un autre cas exceptionnellement heureux quant au résultat opératoire, puisque la suture ayant eu lieu au quinzième jour, tous les mouvements avaient repris au bout d'un mois. Il y a, sans doute, de multiples conditions, — et toutes ne nous sont pas également connues, — qui régissent le mode plus ou moins retardé de la régénération fonctionnelle après suture ; la première de toutes, c'est la date précoce de la réunion nerveuse ; mais, alors même que l'intervention a été hâtive, un temps d'attente de durée variable, mais qui, très souvent, se chiffre par quatre à cinq mois, est toujours à prévoir. C'est là, d'ailleurs, une notion courante aujourd'hui, sur laquelle nous n'insisterons plus.

Un autre point, d'intérêt plus local, est débattu par M. Bonnet dans son mémoire. Par quelle voie découvrir la branche postérieure du radial, en admettant, comme le fait s'est réalisé dans la plupart des observations publiées, que la plaie initiale soit toute petite et ne puisse servir à conduire les recherches ultérieures ? Voie antérieure, incision sur le bord antérieur du long supinateur, qui permet, après rétraction du muscle en dehors, d'aborder le nerf de haut en bas ? voie postérieure, incision descendant de l'épicondyle et passant, dans la profondeur, entre le tendon de l'extenseur commun et le deuxième radial ? Cette

dernière voie, indiquée par Letiévant dans son *Traité des sutures nerveuses*, recommandée, nous dit M. Bonnet, par M. le professeur Mignon dans ses cours, a été utilisée par M. Jules Bœckel dans le fait signalé plus haut, mais en y joignant la section transversale des radiaux et du long supinateur. C'est là, sans doute, un complément opératoire qui donne du jour, mais nous croyons que notre confrère a toute raison de rejeter, comme l'avait fait M. Reynier à l'Académie, ces délabrements musculaires systématiques. Qu'ils soient licites, dans certains cas spéciaux, où le traumatisme a été complexe et la cicatrice étendue, on n'en saurait disconvenir, mais, en règle, la voie longitudinale postérieure, inter-musculaire, est, de tout point, préférable. On reconnaît, d'abord, écrit M. Bonnet, au travers de l'aponévrose d'enveloppe, un premier repère : le bord externe d'une bande tendineuse épaisse et blanchâtre; c'est le tendon d'insertion de l'extenseur commun; on incise le long de ce bord tendineux, on sectionne quelques fibres musculaires superficielles, et l'on rencontre bientôt une seconde nappe tendineuse, épaisse et blanchâtre aussi, qui s'enfonce obliquement sous l'extenseur commun, et donne insertion, par sa face profonde, aux fibres du deuxième radial : c'est le deuxième repère; on le sectionne, et refoulant en dedans la masse de l'extenseur commun; on découvre la ligne oblique qui sépare le deuxième radial du court supinateur, — du court supinateur qui se reconnaît aisément à la direction de ses fibres et à sa texture si particulière. — Ce procédé a réussi à notre confrère ; la voie antérieure a été suivie, avec le même résultat, par MM. Morestin et Reynier ; l'une et l'autre technique sont applicables, par conséquent, mais il est juste de reconnaitre avec M. Bonnet que, par l'incision postérieure, on aborde plus directement la portion inférieure, émergente, du nerf, alors que l'incision antérieure découvre mieux la portion supérieure, initiale; si la plaie nerveuse siège très-bas dans l'épaisseur du court supinateur — et la conservation du mouvement de supination en témoigne — on se créera, d'après M. Bonnet, un accès plus facile et un champ plus libre, en intervenant par la voie postérieure.

Ces questions de technique ne sont pas, d'ailleurs, indifférentes au résultat final de la suture nerveuse : plus on opère simplement et vite, sans larges délabrements, plus le foyer de réunion secondaire est net, régulier, et ajoutons-le, aseptique, plus on a de chances d'éviter les rétractions fibreuses et les adhérences qui trop souvent compromettent le processus de réparation et le succès de la neurorraphie, même la mieux faite.

Ici, tout s'est passé régulièrement, et, d'ailleurs, les conditions étaient favorables, la suture secondaire ayant eu lieu le vingt-

huitième jour; nous savons bien, en effet, quelle est l'importance primordiale de cette précocité de la réunion.

Qu'il me soit permis, toutefois, de rappeler, à ce propos, et sans chercher d'autre transition que le contraste même des faits, que, même tardives, même très tardives, ces réunions nerveuses peuvent encore fournir quelques résultats appréciables. Je n'en saurais donner de meilleur exemple que celui d'un malade auquel je fis, il y a deux ans, une opération presque déraisonnable. Ce brave homme avait eu, quatre ans auparavant, une section complète des nerfs médian et cubital, au tiers supérieur du bras gauche, accompagnée d'une plaie de l'artère: on s'était contenté de faire péniblement l'hémostase, sans toucher aux nerfs. L'infirmité était donc complète, l'avant-bras et la main totalement amaigris, et les muscles avaient disparu; on ne pouvait songer à rien obtenir, par une réunion secondaire, quant aux mouvements, mais l'insensibilité absolue de la main et de l'avant-bras créait de tels dommages que je me résolus cependant à faire une tentative. Je découvris les deux nerfs, j'excisai les névromes, et je pratiquai, sans trop de peine, une double suture. Naturellement, il n'y eut aucun résultat musculaire: où le muscle manque, la réunion nerveuse perd ses droits; mais mon malade n'a pas moins retiré un réel bénéfice de cette intervention si tardive. Depuis lors, ce malade m'a donné, à plusieurs reprises, des détails très complets sur son état; la sensibilité est en grande partie revenue, la transpiration a reparu, les ongles se sont remis à pousser, et l'amélioration n'est pas douteuse. Bien entendu, je ne veux pas émettre de conclusions outrancières, et je ne saurais conseiller qu'il faille toujours, à toute date, intervenir; je veux dire seulement que, lors des sections des nerfs mixtes, qui, avec les filets musculaires et sensitifs, renferment aussi des filets trophiques, les réunions, même lointaines, peuvent quelquefois, sans donner des résultats fort remarquables, n'être pas sans quelque utilité et quelque bénéfice.

Présentations de malades et de radiographies.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade atteint de fractures du membre supérieur (humérus), et les radiographies de sa fracture et celles d'une fracture du col chirurgical de l'humérus chez une femme. Les résultats très bons comme vous le voyez, ont été obtenus à l'aide de l'appareil à extension de Heitz-Boyer construit sous l'inspiration de notre collègue P. Delbet.

Il est certain que l'appareil est difficile à appliquer, qu'il faut des soins continus de tous les instants pour amener les bons résultats que vous pourrez constater; il mérite à tous égards toute notre attention.

Cas I. — *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus : sus-condylo inter condylienne à gros chevauchement chez un homme de 35 ans.*

Il y a un chevauchement de plus de 2 centimètres : le fragment supérieur est déplacé en avant et en dehors, sa pointe externe est même sur le point d'embrocher la peau. Le fragment inférieur est basculé en dehors, et il est lui-même divisé en deux par un trait de fracture vertical qui descend au milieu de l'articulation. Ecchymose énorme, et douleurs très violentes. Le malade prévient de suite qu'à l'âge de trois ans, il a eu un traumatisme du coude, qui l'a rendu infirme. Ses mouvements sont très limités : il a été pour cela réformé du service militaire.

La fracture a eu lieu le dimanche 1er octobre. L'appareil ne peut être posé que le *dimanche suivant 9 octobre.* Le soir même, le gonflement de l'avant-bras et de la main, qui était très prononcé, diminue, et avec lui, la douleur qu'il occasionnait.

Le *mardi* 11 *octobre*, la réduction comme chevauchement est presque complète, mais d'avant en arrière, elle laisse à désirer : aussi lui met-on un petit coussin antérieur, appliqué en avant du fragment supérieur.

Le *jeudi* 13 *octobre* , la réduction est parfaite dans les deux sens : profil et face; il y a quatre jours de la pose de l'appareil.

L'histoire ultérieure est simple : le vendredi 29, on lui enlève l'appareil à deux tiges, celui-ci étant nécessaire pour un nouveau cas, et on lui met à la place un appareil à une seule tige, qui maintient moins bien.

Le *mercredi* 2 *novembre* (21e jour du traitement) on lui enlève toute la partie antibrachiale du plâtre, et M. Schwartz constate

que les mouvements de flexion et d'extension sont très libres immédiatement, et cependant, il y avait eu un trait de fracture intra-articulaire.

Le *dimanche* 6 *novembre* (28[e] jour du traitement), le reste du plâtre est enlevé, et le bras laissé absolument libre. Le cal est très solide, ce qui est confirmé par la radiographie le lendemain, qui le montre exubérant.

Le massage est commencé, le malade retrouve très vite ses mouvements tels qu'il les avait avant l'accident. On essaie alors de lui faire gagner plus, et, à la grande surprise du malade et de sa femme, on gagne, on gagne au point que le malade jouit maintenant du double presque d'étendue de mouvements qu'il avait eu jusqu'ici. Il affirme d'autre part que sa force a augmenté dans ce bras.

Il a repris son travail maintenant, et la preuve en est qu'il a voulu témoigner sa reconnaissance des soins donnés en reliant toutes ces épreuves radiographiques, que je vous présente.

Le deuxième cas, est une femme, M[me] B... âgée de trente-huit ans.

CAS II. — *Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et fracture du radius*, (qui occasionne des douleurs atroces, bien plus violentes que celles de l'épaule.

La fracture humérale est une fracture du col chirurgical, fracture oblique en bas et en dedans. Le fragment inférieur est très fortement déjeté en dedans, à cheval sur la cavité glénoïde, avec un léger chevauchement, le fragment supérieur est basculé légèrement en bas et en dehors. Le déplacement des deux fragments est tel, qu'ils ne se touchent plus que par une surface d'à peine 2 millimètres.

L'accident a eu lieu le *jeudi* 13 *octobre*. Le *dimanche* 23, on applique un appareil Hennequin. La radiographie montrant que la réduction n'est pas réalisée, on décide l'application de l'appareil à extension continue.

Le nouvel appareil est posé le *samedi* 29 octobre, c'est-à-dire seize jours après la date de l'accident. On est très gêné par le plâtre de la fracture du radius : d'ailleurs, durant tout le traitement, celle-ci causera les plus gros ennuis, les seuls même, car la fracture humérale sera presque indolente.

Peu d'extension d'abord et résultat presque nul : c'est que la fracture a été prise au dix-septième jour, et il doit y avoir déjà un cal fibreux résistant. Aussi faut-il employer des pressions très

énergiques et inutiles d'ordinaire, cinq, six kilogrammes même pendant plusieurs heures, chaque jour.

La réduction commence à se faire alors : elle augmente progressivement, comme en témoigne la série des radiographies, et elle est presque complète le *lundi suivant* 6 *novembre.*

Insensiblement, elle se parachève, et le *mercredi* 8 montre un nouveau progrès : les deux épaules radiographiées simultanément montrent une identité absolue, il y a dix jours depuis le début du traitement.

Le *jeudi* 17 (18e jour du traitement), on *enlève l'appareil*, et on commence la mobilisation. La malade ne se plaint toujours que de son poignet, qui est atrocement douloureux, empêchant tout mouvement de la main et de l'avant-bras.

Après, une petite alerte, consistant en une reproduction légère de la déformation (due à la mobilisation un peu précoce). Fort heureusement un simple coussin axillaire remet les choses en état, et la radiographie du *jeudi* 24 *novembre* (plus d'appareil) montre un très bon résultat.

Les massages sont commencés, la mobilisation de l'épaule est facile et non douloureuse : malheureusement la sensibilité du poignet gêne énormément. A la palpation, on ne sent pas de déformation, et la dernière radiographie montre un cal déjà solidement organisé.

La difficulté d'application de l'appareil a été due ici à la fracture concomitante du poignet. Il y a eu au niveau des points de pression 3 petites escarres superficielles. La réduction a été difficile par suite du temps écoulé depuis la fracture (17 jours).

M. Quénu présente avec l'histoire de trois malades, atteints de fracture de l'humérus, et traités par l'appareil à extension continue de M. Heitz-Boyer, une série de radiographies et un malade.

Deux des cas ont rapport à des fractures de la diaphyse.

Un premier, le cas de Mme B..., consiste en une fracture à trois fragments avec angulation prononcée, laquelle avait persisté malgré l'application d'un appareil Hennequin posé par M. Quénu lui-même à la fondation Péreire. La fracture, prise au vingtième jour seulement avec le nouvel appareil, a été redressée; et les fragments ont été remis dans la continuité l'un de l'autre.

A remarquer l'avantage, au point de vue de la radiographie, de l'absence de plâtre au niveau de la fracture; celui-ci avait empêché avec le premier appareil de diagnostiquer un fragment intermédiaire.

Le second cas diaphysaire se rapporte à l'interne en pharmacie de M. Quénu à l'hôpital Cochin, année 1902-1903, M. R.... Ce jeune

homme s'était fait en octobre 1902 une fracture avec gros chevauchement, siégeant à la partie moyenne de l'humérus. On lui appliqua avec le plus grand soin un appareil de Hennequin : la radiographie de contrôle montra qu'il restait une grave déformation; on lui refit un second appareil de Hennequin. La déformation subsistait encore (radio n° 2). Il fut alors traité avec l'appareil à extension continue; et les radiographies ultérieures montrent la réduction se faisant progressivement; à un moment même, elle fut exagérée. On n'eut alors qu'à lâcher un peu le fragment supérieur, et la coaptation devint et resta parfaite. Inutile de dire que le malade a retrouvé toutes ses fonctions, et M. R... remplit avec la plus grande facilité son emploi auprès de M. Widal cette année.

Le troisième cas se rapporte à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, chez un garçon de seize ans et demi. Fracture du col chirurgical, peut-être décollement épiphysaire. Le nommé D..., fils d'un gros fermier de Pontoise, était tombé du haut d'une voiture de foin, de 3m50 à peu près. Il n'avait pu se relever, et s'était trouvé mal tellement la douleur était violente. Le jour même, lundi 7 mars 1904, le médecin appelé deux heures après l'accident, et ayant, devant la déformation diagnostiqué une luxation de l'épaule, l'endort au chloroforme. Il réduit la tête, mais pense aussitôt, vu les craquements, à une fracture de l'extrémité humérale, et l'envoie à Paris se faire radiographier.

Cette radiographie montre une fracture du col chirurgical, fracture à peu près transversale, avec chevauchement du fragment inférieur en haut et en dehors, et bascule dans le même sens du fragment supérieur.

L'appareil à extension continue est appliqué cinq jours après, le samedi 12 mars.

Au bout de quatre jours, le mercredi 4 mars, la réduction était obtenue. Il y eut, il est vrai, un incident; le dimanche suivant 20 mars, la déformation se reproduisait, parce qu'on avait diminué l'abduction. Il suffit de rétablir celle-ci pour retrouver la réduction.

Du samedi 12 au vendredi 18 le malade rentrait tous les soirs à l'Isle-Adam, mais cela le fatiguait; il entra donc à Cochin chez M. Quénu du vendredi 18 au mardi 22, pour reprendre ensuite la navette entre l'Isle-Adam et Paris. Ce petit détail prouve que le traitement s'accommode assez bien des circonstances.

Le samedi 27 mars, au dix-neuvième jour de son traitement, il rentrait chez lui, et ne revenait à Paris que dix jours après, le mercredi 6 avril. La réduction s'était maintenue parfaite, et, le cal étant évident, on enlevait l'appareil : le mal était au *vingt-neuvième jour* de son traitement.

Le lundi 24 avril suivant, c'est-à-dire quarante-quatre jours après le début du traitement, le malade était complètement rétabli et reprenait sa vie habituelle, s'habillant seul, allant du matin au soir aux champs, se promenant à bicyclette.

Le vendredi 28 avril, quarante-neuf jours après le traitement, il accomplissait tranquillement l'aller et retour de l'Isle-Adam à Paris soit près de 80 kilomètres, à bicyclette, sans la moindre fatigue.

Le malade ne se ressent actuellement de la moindre des choses : à la palpation les deux extrémités supérieures sont semblables, les mouvements sont identiques des deux côtés, la force est la même, et même à la radiographie, il est presque impossible de savoir lequel des deux côtés a été malade, le cal s'étant à peu près complètement résorbé.

M. Reclus présente deux cas traités dans son service par l'appareil à *Tubes attelles extenseurs* de M. Heitz-Boyer

Dans un premier cas, il s'agit d'une *luxation de la tête humérale sous la clavicule,* compliquée d'une *fracture de la grosse tubérosité* qui s'est fortement déplacée en bas. La luxation, survenue le vendredi 18 novembre, ne put être réduite par le médecin de Boulogne, malgré une heure d'efforts. Le malade est envoyé à l'hôpital Laënnec le lendemain ; la luxation résiste à toutes les tentatives habituelles (procédé de Kocher, procédé de force), manœuvres faites deux jours de suite.

On applique alors l'appareil à extension continue le vendredi 25 novembre, huit jours après l'accident, et l'on voit sur les épreuves successives la tête descendre peu à peu, passer sous la coracoïde, devenant sous coracoïdienne, puis presque sous glénoïdienne. Il est à remarquer que le fragment de la grosse tubérosité améliore progressivement sa situation vis-à-vis de la position qu'il doit réoccuper. Le lendemain de la troisième épreuve, le mardi 29 novembre (il y avait quatre jours que l'appareil était appliqué), il suffit de manœuvres légères pour remettre la tête en place. Du même coup, la fracture est réduite : la grosse tnbérosité a repris très exactement son emplacement normal, et la radiographie du côté sain montre qu'il n'y a plus aucune différence dans la morphologie des deux humérus.

Le second cas est une fracture du col chirurgical à gros déplacement chez un garçon de dix-neuf ans et demi : le malade est encore en traitement et présenté avec son appareil. L'accident eut lieu le vendredi 25 novembre. Amené le samedi 26, il fut pris le lendemain dimanche d'un accès de *delirium tremens* : il se leva, voulut se jeter par la fenêtre, on eut toutes les peines à le maî-

triser et il fut impossible durant la nuit de l'empêcher de s'appuyer sur le bras fracturé. Le lendemain, il y avait une ecchymose énorme de l'épaule, du bras et du thorax, au point qu'on songea à la possibilité d'une rupture de la veine axillaire. La radiographie montre un chevauchement considérable : le fragment supérieur est complètement basculé, à angle droit, devenu horizontal et pointant en dehors; le fragment inférieur a chevauché de 7 à 8 centimètres, remonté en dehors du précédent, ayant pénétré dans le deltoïde et prêt à perforer la peau.

L'appareil ne peut être appliqué que quand le malade est revenu à son état normal, c'est-à-dire le lundi 5 décembre, dix jours après l'accident. On commence par faire de l'extension simple : le chevauchement disparaît, mais l'angulation persiste, et l'on ajoute alors de l'abduction du bras. Cette manœuvre améliore considérablement le résultat, mais doit être complétée deux jours après par l'application d'un coussin destiné à repousser en bas et en dedans le fragment supérieur qui est encore légèrement basculé : ce coussin est disposé sur la face externe de l'épaule, immédiatement au-dessous de l'acromion, serré fortement par des tours de bande de toile passés en écharpes sur l'épaule malade. On le gonfle progressivement, et, comme on peut le voir sur les radiographies successives, la légère angulation disparaît peu à peu, au point qu'on peut considérer actuellement la réduction comme obtenue.

C'est là un cas d'autant plus intéressant qu'il semble qu'avec les appareils anciens il aurait fallu recourir à une intervention sanglante.

M. Broca. — A la prochaine séance j'apporterai des radiographies fort analogues à celles que vient de nous montrer M. Schwartz. Après échec de l'appareil de Hennequin, j'ai obtenu une réduction parfaite par extension manuelle et pression directe après anesthésie du malade.

M. Hennequin. — Messieurs, je ne puis porter un jugement sur les différents cas de fracture de l'humérus dont M. Heitz-Boyer nous soumet les photographies, mais j'ai pu suivre une malade du service de M. Schwartz traitée par l'extension continue faite au moyen de ressorts élastiques. Il s'agissait d'une femme d'environ trente-cinq ans, atteinte d'une fracture du col chirurgical de l'humérus droit, et d'un traumatisme de l'avant-bras du même côté. La radiographie démontrait un déplacement notable de l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui était porté en haut, en dedans et un peu en arrière. Un élève du service appli-

qua sous traction momentanée mon appareil plâtré en H. Après sa pose je constatai que deux indications importantes n'étaient pas remplies. 1° L'échancrure supérieure de la gouttière plâtrée ne remontait pas jusqu'au niveau des bords des parois axillaires (point d'appui supérieur); 2° Pendant la dessiccation du plâtre, on n'avait pas maintenu refoulé vers sa position normale l'extrémité supérieure du fragment inférieur, en appliquant le talon d'une main sur cette extrémité et l'autre sur l'épine de l'omoplate en exerçant une pression assez forte.

L'extrémité du fragment inférieur, après la suppression de l'extension, ne trouvant pas un obstacle réel dans les parois de la partie supérieure de la gouttière plâtrée, a repris plus ou moins sa position vicieuse. Quelques jours après, la radiographie montra que ce fragment était sensiblement dans la même position qu'avant. C'est alors que M. Heitz-Boyer appliqua son appareil avec tous les soins et les minuties qu'il y apporte.

Pendant plusieurs jours de retouche et de soins minutieux, la réduction ne paraissant pas suffisante, la malade fut anesthésiée et la réduction tentée. — Réapplication de l'appareil, gonflement énorme du bras, douleurs intenses pendant huit à dix jours, persistance de l'empâtement œdémateux qui ne diminua que lentement.

Après cinq à six semaines, levée de l'appareil. Escarres superficielle et profonde, sur l'apophyse styloïde du radius, larges au niveau de l'épitrochlée, superficielle sur la face antérieure de la paroi axillaire. Mouvements du coude très limités, abduction du bras à peine perceptible. Massage. Rétablissement très lent des mouvements du coude et de l'épaule. — Je n'aurais pas pris la parole, si en présentant ces radiographies, on n'avait pas voulu établir une comparaison entre l'appareil de Heitz-Boyer et le mien. Pour que celle-ci fût juste, pour que les résultats fussent comparables, il faudrait que les appareils aient été appliqués tous deux, soit par des mains étrangères, soit par celles de leurs auteurs, mais non pas que l'un ait été posé par l'auteur et l'autre par des étrangers. Les conditions sont trop dissemblables pour porter un jugement équitable que seules les radiographies permettent d'émettre, d'autant plus que les radiographies sont sujettes à caution.

M. J. Lucas-Championnière. — Les observations qu'on nous a présentées sont vraiment fort intéressantes. Il semble bien qu'elles démontrent la puissance réductrice de l'appareil de M. Heitz-Boyer. Il est certain qu'il trouvera des cas où son application sera utile et probablement seule efficace. Cela ne veut pas dire qu'elle

soit appelée à remplacer des moyens plus simples et en somme plus efficaces pour la fonction.

Par exemple, sans peine, sans douleur, et avec une rapidité extrême pour des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont les déplacements étaient faciles à constater par la radiographie, nous avons obtenu couramment des résultats fonctionnels absolument parfaits et cela même chez des vieillards de l'âge le plus avancé, sans aucune espèce d'appareil.

On nous présente aujourd'hui de très jeunes gens qui ont récupéré les mouvements de l'épaule. Cela ne prouve pas grand'chose, leur âge étant très favorable à ce retour.

L'immobilisation paraît là critiquable comme pour tous les appareils. L'histoire des fractures bien suivies nous montre qu'il y a bien des déformations qui n'ont aucune importance ultérieure. Elles ne méritent pas que l'on condamne les sujets à des chances de complications qui sont infiniment plus nuisibles pour la fonction que le déplacement même de la fracture.

Œsophagotomie.

M. Guisez présente un malade chez lequel il a pratiqué l'extraction d'une arête de poisson implantée dans l'œsophage, à quelques centimètres au-dessus du cardia (Rapporteur M. Le Dentu).

Polype naso-pharyngien, opéré par voie naso-maxillaire.

M. J.-L. Faure. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de seize ans auquel j'ai enlevé, il y a trois semaines, un polype naso-pharyngien par voie naso-maxillaire. C'est une voie excellente, et cependant fort peu employée, puisque je crois avoir été le premier à la décrire. Il suffit, en effet, de désinsérer l'aile du nez en la séparant du rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et d'agrandir de quelques millimètres cet orifice en enlevant à la pince gouge le rebord osseux jusqu'au sinus maxillaire; on enlève alors le cornet inférieur et la paroi interne du sinus, et on obtient ainsi un jour considérable qui permet d'agir avec une curette, des pinces et des instruments appropriés dans toute l'étendue du pharynx supérieur. Au besoin, si l'on veut avoir plus

de jour, on agrandit un peu l'incision cutanée en la prolongeant en dehors le long du rebord orbitaire.

Lorsque le polype n'est pas accessible par les voies naturelles, ce qui était le cas de celui-ci, dont toutes les parties saillantes dans le pharynx avaient déjà été enlevées avec des pinces coupantes, passant par derrière le voile du palais, je crois que c'est la voie qui donne le maximum de lumière avec le minimum de dégâts.

Comme vous pouvez le voir, il reste une cicatrice légère, — et qui serait meilleure encore, comme j'en ai obtenu chez d'autres malades, — si je n'avais pas été obligé de laisser la plaie ouverte pendant quelques jours pour laisser en place un tamponnement énergique.

J'ai enlevé un polype irrégulier, de la grosseur d'une mandarine environ, qui avait défoncé toute la partie supérieure du naso-pharynx en envahissant, autant que j'aie pu m'en rendre compte, le sinus sphénoïdal, en poussant en dehors la paroi externe du pharynx vers la partie postérieure de l'orbite, et en rejetant l'œil en avant et en dehors, comme vous pouvez le voir encore aujourd'hui.

L'hémorragie a été considérable — plus forte qu'aucune de celles que j'aie vues dans des opérations de ce genre — mais je m'en suis facilement rendu maître par le tamponnement. Son plus grand inconvénient a été de m'empêcher de refermer immédiatement la plaie cutanée, comme je l'avais fait jusqu'ici dans trois autres cas où j'avais laissé la gaze servant au tamponnement sortir par la narine. Mais ici le tamponnement a été si important que j'ai été obligé de laisser la narine ouverte pendant quelques jours. Je l'ai réunie secondairement. Le résultat n'en est pas moins satisfaisant et la déformation presque nulle.

Présentations de pièces.

Tube droit en verre employé par un prostatique pour se sonder.

M. Bazy. — Je vous présente, à titre de curiosité, un tube droit en verre de 25 centimètres de long et de 6 millimètres de diamètre qu'emploie un des malades qui viennent à ma consultation des voies urinaires.

C'est un homme de soixante-trois ans, qui a de la dysurie

depuis onze ans, et qui se sonde depuis six ans pour évacuer un résidu vésical.

Il a d'abord employé des sondes en gomme; mais comme elles se cassaient, il a eu l'idée de demander à un de ses amis, garçon de laboratoire de chimie, de lui fabriquer le tube de verre, que je vous montre, et qui est, comme vous le voyez, rendu un peu conique pour faciliter l'introduction.

J'ajoute que ce malade, avant de venir nous voir, enduisait de salive avec sa langue le tube avant de l'introduire Malgré cela, il n'avait pas de signes d'infection locale très accentuée, et jamais il n'a eu d'accidents d'infection générale.

Peut-être continue-t-il encore à enduire son tube de salive.

Si le cathétérisme rectiligne n'était pas inventé depuis longtemps, ce malade l'aurait imaginé.

Et il se sonde ainsi quatre fois le jour et une fois la nuit.

Coprolithe.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter un coprolithe qui a déterminé un étranglement interne et une péritonite paraissant généralisée à la suite de son enclavement dans l'S iliaque.

La laparotomie sous-ombilicale pratiquée dix-huit heures après la douleur violente iliaque gauche du début a permis le nettoyage du péritoine à sec et l'extraction du coprolithe par une colotomie longitudinale.

Suture presque totale avec gros drain sus-pubien.

Le malade, opéré le 10 décembre, est aujourd'hui aussi complètement rétabli que peut l'être un sujet qui a subi les atteintes d'une fièvre typhoïde et deux poussées pneumoniques successives avant d'aborder ses accidents d'étranglement.

Fracture ancienne de rotule. Écartement considérable des fragments. Marche normale.

M. Lucien Picqué. — Tout en reconnaissant que la suture de rotule est le seul mode de traitement qui convienne aux fractures récentes, il mà paru intéressant de vous montrer la radiographie d'un malade que j'ai observé dans mon service d'aliénés.

La fracture remonte à une époque très éloignée, mais que le

malade, en raison de son état mental, n'a pu me fixer. L'écartement est au moins de 12 à 15 centimètres. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. La marche est normale.

M. LUCIEN PICQUÉ. (*Anus iliaque préalable*). — Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum pour épithélioma. Anus sacré. Fermeture consécutive de l'anus iliaque. Guérison complète.

La prochaine séance de la Société aura lieu le MERCREDI 11 JANVIER 1905.

Le Secrétaire annuel,

DELORME.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1904

A

B

C



D

E

F

H

I

M

P

R



S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1904

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.